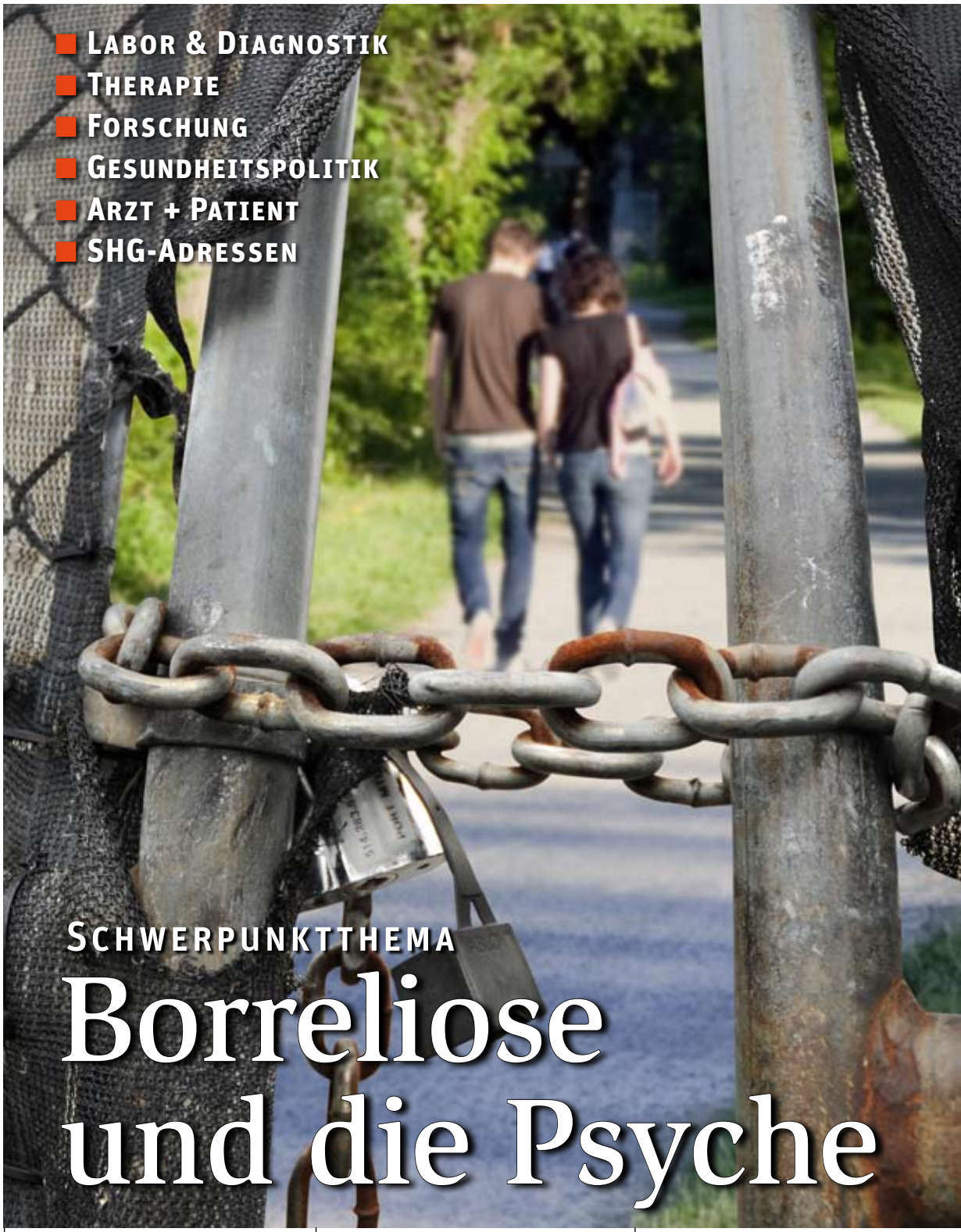
BORRELIOSE UND FSME BUND DEUTSCHLAND
PATIENTENORGANISATION BUNDESVERBAND

Borreliose Wissen

aktuell

Nr. 21 Februar 2010 · € 7,50
Für Mitglieder und Förderer des Borreliose und FSME Bundes Deutschland e.V. kostenlos



- Labor & Diagnostik
- Therapie
- Forschung
- Gesundheitspolitik
- Arzt + Patient
- SHG-Adressen

Schwerpunktthema

Borreliose und die Psyche

Fotos: Shutterstock, Composing: Sander

- Labor für Kassenpatienten
- Immunblockaden durch entzündliche Kieferauflösungen
- Schmerztherapie
- Leitlinie der Hautärzte
- Seronarbe war gestern
- Prävention im Garten
- EU-Projekt Borreliose
- Hoffen auf Dr. Rösler
- Organtransplantation und Blutspende
- ILADS-aktuell
- Echte Borreliose-Zahlen
- Risikofaktor Katze

EDITORIAL

Ute Fischer, Wissenschaftsjournalistin, Geschäftsführerin des Borreliose und FSME Bundes Deutschland e.V. und Selbstbetroffene kennt die Abgründe der chronischen Borreliose, aber auch das Gefühl, sie immer und immer wieder zu überwinden.

Underreporting

Es ist wohl das Gegenteil von Verfolgungswahn, zu erkennen, dass man systematisch untergebuttert und in die Bedeutungslosigkeit gedrängt wird. Das ist so, als ob heimtückische Heinzelmännchen sämtliche Telefonbücher und Adressdateien mit Tipp-Ex bearbeiten, um alle Spuren einer Existenz auszulöschen, als würden Hacker Programme schreiben, um das Wort Borreliose, sobald es im Internet auftaucht, zu eliminieren. Zugegeben: Das ist maßlos übertrieben.

Maßlos übertrieben? Warum erscheint nur ein Bruchteil unserer Pressemitteilungen in Zeitungen, Zeitschriften, Hörfunk und Fernsehen? Die Erklärung: Sobald medizinische Inhalte thematisiert sind, vergewissern sich ordentlich arbeitende Journalisten bei wenigstens einer zweiten, möglichst neutralen Stelle. Klein-klein ist das der eigene Hausarzt. Auf regionaler Basis die Landesärztekammer. Und national das Robert Koch-Institut (RKI), der lange Arm des Bundesgesundheitsministeriums, sozusagen die Fachinstanz für medizinische Fragen. Wir haben es selbst getestet und in der RKI-Presseabteilung nach Bestätigung der hohen Zahl an Borreliose-Fällen gefragt. Antwort: „Das ist maßlos übertrieben und wissenschaftlich nicht gesichert". Und schon fällt eine Pressemitteilung – nach unserer Meinung von immensem Informationswert – in den Papierkorb.

„There is a lot of underreporting", bestätigte uns Eduardo Fernández-Zincke, Kabinettsmitglied der EU-Gesundheitskommission. „Underreporting" bedeutet Informationsverhinderung, Informationsunterdrückung. Dass unsere Forderungen und Nöte trotzdem in Brüssel angekommen sind, grenzt an ein Wunder und ist dem berühmten „steten Tropfen" und dem Zufall in Person von Dr. Anja Weisgerber zu verdanken. Lesen Sie dazu auf Seite 34.

Es ist unübersehbar, dass die Masse Borreliose-Patient hin- und hergepackt wird, wie es der Gesundheitspolitik gerade nützlich erscheint. Zwar werden wir mangels aktueller Zahlen (die letzte Meldung aus 1999) in der Europäischen Union (EU) und bei der Weltgesundheitsorganisation (WHO) als Seltene Erkrankung geführt, doch in der Studie „Seltene Erkrankungen" des Bundesgesundheitsministeriums tauchen wir nicht auf. Lesen Sie dazu Seite 28.

Auch in der Studie der Bundesbildungsministeriums „Zoonotische Erkrankungen" kommt Borreliose nicht vor. Man will uns sogar Glauben machen, Borreliose sei keine Zoonose. Lesen Sie dazu Seite 30. Und dann noch die Frage nach der sexuellen Übertragbarkeit der Borreliose. Lesen Sie das tolle Engagement der passenden Fachgesellschaft auf Seite 29.

Wenn derart starke Manöver laufen, die Borreliose unter den Teppich zu kehren, müssen wir uns nicht über Ärztinnen und Ärzte wundern, die Borreliose-Patienten nicht ernst nehmen.

Wir haben noch einen weiten Weg. Aber er wird täglich kürzer.

Ute Fischer

Foto: Claudia Siegmund

INHALT

	Seite
Labor + Diagnostik	
Leitlinie Kutane Borreliose	3
Seronarbe ade!	6
Fibromyalgie	7
Labordiagnostik in Krisenzeiten	7
Therapie	
Immunblockaden im Kieferbereich	8
Tipps für Arzneimitteltherapie	12
Warum sind Sie chronisch krank?	12
Schmerztherapie	13
Borrelius spekuliert	13
Borreliose und Psyche	
Borreliose verstehen	14
Die Demenz der Psychiater	15
Stempel psychisch krank	16
Neuropsychologische Aspekte	18
Schizophrenie	22
Der BFBD fordert	23
Oxidativer Stress und Neurotransmitter	24
Frauen beraten psychisch	26
Forschung	
Von wegen: Seltene Erkrankung	28
Organspende – 4 Fragen an die DSO	28
Arzneimittel-Brief	28
ILADS aktuell	29
Borreliose durch Blutspende?	30
Zoonotische Infektionskrankheiten	30
Haustier-Studie	43
Prävention	
Schutzlos im eigenen Garten?	31
Kindgerechte Prävention	32
Schutz durch Kleidung?	33
Zeckenkammkarte und Zeckenzieher	33
Gesundheitspolitik	
BFBD in Brüssel	34
LDA-Prostest in den USA	36
BFBD in Berlin	36
BFBD in Bayern	36
Neuer Minister – alte Fachabteilungen	37
Endlich echte Borreliose-Zahlen	37
ICD-10-Vernebelungstaktik	38
Neuer Patientenbeauftragter	38
Hauen und Stechen	39
Arzt + Patient	
Hessische Ärzte-Fortbildung	39
Interview mit Bernd Fuchs, RTL	39
Partner statt Patient	41
Eigenverantwortung	42
BFBD intern	
Aktiven-Rat / Berater-Seminar	44
Neuer Internetauftritt	44
Berater und Selbsthilfegruppen	46
Beratungsnetz und Aufgaben des BFBD	48
Medien + Literatur	
Bücher-Tipps	50
Broschüren und Magazine des BFBD	51
Aktuelles + Terminvorschau	52
Mitglied werden	52
Impressum	47

Patientenerfahrung unerwünscht

Leitlinie „Kutane Manifestationen der Lyme-Borreliose“

Es ist also passiert. Obwohl die Borreliose nach einhelliger Meinung eine Multisystemerkrankung ist, die sämtliche Organe befallen kann, ist nun nach der umstrittenen Leitlinie zur Neuroborreliose die seit 2005 angekündigte Leitlinie über die kutanen Manifestationen (Hautsymptome) der Lyme-Borreliose im AWMF-Register unter Nr. 013/044 erschienen, ohne dass Patienten vorher einen Blick darauf werfen und ihre Patientenerfahrungen einbringen durften.

Von Ute Fischer und Dietmar Seifert

Vermessen? Die bundesweite Patientenorganisation der FSME Bund Deutschland, hatte die Leitlinien-Autorin wie auch die AWMF-Koordinatoren mehrfach schriftlich auf den Anspruch dieser Mitwirkung hingewiesen, ja die Forderung danach gestellt. Vergeblich.

Wie können sich auch Patienten erdreisten, sich in die Meinung von Ärzten einmischen zu wollen?

AWMF Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften

Dieses war den Patienten jedoch ausgerechnet bei dieser Leitlinie sehr wichtig. Gerade diese Autorin war wegen mehrfacher zweifelhafter Gutachten aufgefallen. Besonders fatal, dass sie vor einigen Jahren selbst einen Berufskollegen als Spinner hingestellt hatte, dessen Beschwerden sich letztlich doch als Borreliose herausstellten. Er befand sich schon in der Psychiatrie, als sich in der Biopsie seiner Haut der Keim B.b.spielmanii zeigte. Gesund ist er nie wieder geworden. Eine Anzeige wegen uneidlicher Falschaussage eines anderen Patienten verlief im Sande. Auch rechnet man sie zur kleinen aber hartnäckigen Gruppe der Münchner Verharmloser, die auf Kongressen meist scharweise auftauchen und sich das Mikrofon weiterreichen. Grundtenor: Chronische Borreliose ist ganz selten. Borreliose ist mit Antibiotika ganz leicht zu heilen. Wem das nicht hilft, der hat es an der Psyche. So viel zum Einstieg für Nichteingeweihte, für Betroffene und für alle, die verstehen wollen, warum man diese Krankheit nicht einfach beim Arzt abgeben kann. Borreliose ist eine Infektionskrankheit und gehört deshalb zur Disziplin der Infektiologie.

Da die Infektiologie wegen des Siegs über die Pocken in den 60er Jahren als entbehrlich aus der Ausbildung der Ärzte gestrichen und wegen Hepatitis und AIDS erst 2003 wieder neu in die Lehre eingeführt wurde, sieht es mit dieser Fakultät in Deutschland sehr dürftig aus.

Medizinische Leitlinien sollen systematisch entwickelte Feststellungen und Hilfen für Ärzte zur Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen sein. Der Begriff der Leitlinie unterliegt keiner Normierung. Deshalb können Medizinische Leitlinien von sehr unterschiedlicher Qualität sein. Die Qualität von Leitlinien hängt deutlich von den Beteiligten ab. So fließt ausdrücklich sowohl im Leitlinien-Manual des **Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ), als auch in dessen Weiterentwicklung,** das Deutsche Leitlinien-Bewertungsinstrument DELBI, die Patientenbeteiligung als wesentliches Qualitätsmerkmal ein. Doch eine Qualitätsverbesserung durch Patientenbeteiligung sowie anderer medizinischer Experten ist bei der Borreliose offensichtlich unerwünscht.

Wo sind die Infektiologen?

Warum gibt es eigentlich keine infektiologische Leitlinie zur Infektionskrankheit Borreliose, obwohl eine fortgeschrittene Borreliose selten nur ein einziges Organ befällt?

Der Schwerpunkt Infektiologie wurde innerhalb der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin abgeschafft, weil die Pneumologen die Lungenentzündung nicht abgeben wollten und die Gastroenterologen nicht die Hepatitis. So einfach ist das. Deshalb gibt es keine internistische Borreliose-Leitlinie, sondern lediglich eine der Neurologen (Neuroborreliose) und nun also zusätzlich der Dermatologen.

Beide Fakultäten stützen sich epidemiologisch (Häufigkeit und Verteilung von Krankheiten) auf eine uralte Studie aus Würzburg, bei der 1999 in zwölf Monaten bescheidene 313 Lyme-Borreliose-Patienten untersucht wurden. An dieser geringen Zahl – was wussten Ärzte damals schon von Borreliose – wird also die heutige Epidemiologie festgeklopft.

Mag sein, dass die folgenden Ausführungen als unwissenschaftlich abgetan werden. Aber die Medizin ist keine Wissenschaft, sondern ein „Kunsthandwerk“, wie Prof. Schölmerich, Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin, unlängst zum Besten gab. Insofern sei die sezierende Zerpflückung dieser Leitlinie (LL) an den für den Borreliose-Patienten relevanten Stellen erlaubt.

Erythema migrans am Hinterkopf eines Kleinkindes

Frühmanifestation

Wörtliches Zitat aus Leitlinie (LL): *„Als Frühmanifestation fand sich (1999) in 89 Prozent der Fälle ein isoliertes Erythema migrans (Wanderröte), bei weiteren drei Prozent in Verbindung mit einer anderen Organmanifestation, bei drei Prozent eine frühe Neuroborreliose (Stadium II), bei zwei Prozent ein Borrelien-Lymphozytom und bei weniger als einem Prozent eine Karditis (Entzündung am Herzen)*. Kommentar: Weil erst seit wenigen Jahren Gewissheit existiert,

Foto: Weitkus

dass sich nur 50 bis 60 Prozent aller frischen Borreliosen mit einem Erythema migrans zu erkennen geben, kann davon ausgegangen werden, dass bei dieser 1999er-Studie nur die Hälfte aller Borreliose-Patienten einbezogen wurden, weil nur Patienten mit Erythema migrans als Borreliose-Patienten erkannt wurden.
Alle anderen wurden vermutlich von vorne herein als Simulanten oder psychisch Kranke aussortiert.

Zur Durchseuchung der Zecken mit Borrelien (Borreliose also doch eine Seuche?) *bezieht sich die Leitlinie auf die vier bis 21 Prozent einer Untersuchung des NRZ aus dem letzten Jahrhundert, aus 1994*, obwohl Dr. Fingerle doch beinahe jährlich von Reportern durch den Englischen Garten robbend interviewt wird und die Harmlosigkeit der Zecken beteuert.

Diagnostik

Bei der Diagnostik hat die Autorin die Reihenfolge verwechselt. Statt mit der Blickdiagnose zu beginnen, wie es in jedem medizinischen Lehrbuch steht und was bei Hautsymptomen augenscheinlich sein sollte, stützt sich diese Leitlinie zu allererst auf die, eigentlich nur zur Bestätigung der Blickdiagnose gemeinten, Labordiagnostik, obwohl diese im Frühstadium wegen verzögerter Antikörperbildung meist sinnlos ist.

Negative Liquorbefunde bei Fazialisparese

Eine aktuelle Dissertation von Christina Saskia Ehlers, Universität Köln, widerlegt die Leitlinien-Behauptung, dass bei Neuroborreliose fast immer eine Pleozytose im Liquor zu finden sei. Von 33 Kindern (13 Mädchen und 20 Jungen im Alter zwischen drei und 16 Jahren) mit Fazialisparese und serologisch gesicherter Borrelieninfektion hatten 17 (53 Prozent) eine normale Zellzahl im Liquor, 15 wiesen eine erhöhte Zellzahl (Pleozytose) auf.

Appell der Autorin: Eine Borreliose dürfe auf Grund normaler Zellzahl nicht ausgeschlossen werden, bevor die Antikörperresultate aus Blut- und Liquorproben eintreffen.

Quelle: http://deposit.d-nb.de/cgi-bin/dokserv?idn=998335371

Für die Routinediagnostik wird als *Methode der Wahl ein Antikörpernachweis im Serum und im Liquor mit einem „sensitiven Suchtest" einem „qualitativen ELISA" empfohlen.* Was der Liquor bei der Routinediagnostik bei kutanen Manifestationen zu suchen hat, ist mehr als schleierhaft. Dass ELISAs aber nicht standardisiert sind, man in einem Labor positiv und im nächsten negativ sein kann, das kleckert erst später vage im nächsten Absatz durch. Hingegen heißt es vorher: *„Der Bestätigungstest soll nur bei reaktivem Suchtest durchgeführt werden, da das Antikörperspektrum im Line Blot Rückschlüsse auf die Dauer der Infektion ermöglicht."* Soll das bedeuten, dass bei Verdacht auf eine Borreliose zunächst ausdrücklich keine Rückschlüsse auf die Infektionsdauer erwünscht sind?

Dass die Interpretation von serologischen Befunden nur im Zusammenhang mit der klinischen Diagnose möglich sei, folgt erst weiter hinten unter dem Hinweis, dass sich der behandelnde Arzt darüber klar sein muss, ob der Patient die Symptomatik einer Frühinfektion oder einer Spätinfektion hat, oder ob lediglich eine Borreliose ausgeschlossen werden soll.

(...was aber ausdrücklich zuvor serologisch nicht geklärt werden soll!)

Die Koinzidenz von unspezifischen Beschwerden mit solchen Durchseuchungstitern stiftet entsprechend dieser LL häufig nur Verwirrung bei unerfahrenen Ärzten und ängstlichen Patienten.

Ist deshalb eine nähere Abklärung durch den Blot nicht erwünscht, weil Ärzte bei einem negativen ELISA und positiven Blot erst recht hoffnungslos verwirrt sind?

Es wäre besser angebracht, den verharmlosenden Begriff „unspezifische Beschwerden" in Zusammenhang mit rein dermatologischen Manifestationen durch den Begriff „Beschwerden unbekannter Ursache" zu ersetzen. (Zitat: PD Dr. Walter Berghoff, Tabarz)

Was heißt überhaupt „qualitativer ELISA"? Das NRZ brüstet sich zwar damit, dass es die guten und die weniger guten Tests kenne, sie aber nicht nennen dürfe aus Sorge vor Schadensersatzansprüchen. Außerdem: Dr. Volker Fingerle bekannte sich, neben öffentlichen Aussagen, dass die meisten Tests „miserabel" sind, auf dem Internistenkongress im Frühjahr 2009 vor rund 400 Ärzten dazu, dass statt des ELISAs gleich ein Blot aussagefähiger sei.

Das leidige Test-Problem

Zur Frühinfektion seien „in den ersten Wochen" nur bei 50 bis 60 Prozent der Patienten mit Erythema migrans IgM-Antikörper nachweisbar. Der Gegensatz zu den MIQ und den Aussagen des NRZ, nach dem im Stadium I nur 20 bis 50 Prozent nachweisbar sind. Kein Wort davon, dass die Antikörperbildung frühestens drei bis sechs Wochen nach der Infektion feststellbar ist, gefolgt von Lobpreisungen auf die Einführung neuer Testantigene, womit die Antikörper früher nachweisbar seien. Schade, dass niemand weiß, welche Labore damit arbeiten. Ein Geheimnis, das nur die Autorin lüften könnte, aber sie tut es nicht. Im Gegensatz zu anderen Veröffentlichungen, die serologische Verlaufskontrollen für prinzipiell ungeeignet halten, hält sie dafür quantitative ELISA am besten geeignet.

Unter *„Zellulärer Immunität"* erfolgt dann die übliche Verteufelung des LTT, ohne Hinweis, dass bei den ELISA und Blots ebenfalls häufig Falschergebnisse möglich sind.

Angeblich hätten 80 bis 90 Prozent der Patienten im Frühstadium eine Hautmanifestation als Erythema migrans, erneut nach den schon zitierten Uralt-Erhebungen aus 1995 und 1999, obwohl z.B. nach den 2003 veröffentlichten Resultaten einer landesweiten Erhebung an 4000 Patienten das Erythema migrans nur bei 50,9 Prozent vorkam und bei der disseminierten Borreliose bei weniger als einem Drittel, bzw. nur bei 16 Prozent der Neuroborreliose-Patienten.

Obwohl nahezu alle Borreliose-Experten die üblichen Stadien-Verlaufsformen als unlogisch und nicht linear ablaufend abgeschafft haben, leben sie in dieser Leitlinie wieder auf. Es werden Aussagen zur Neuroborreliose gemacht, obwohl überhaupt kein Neurologe mitgewirkt hat.

Unser Ziel: 5000 Mitglieder.
Bringen Sie sich ein.
Wir kämpfen auch für Sie und Ihre Angehörigen.

BORRELIOSE UND FSME BUND DEUTSCHLAND

100 Prozent Heilung!

Therapie: Die Heilungsrate liege bei 85 bis 100 Prozent. Therapieversager seien bei einer ordnungsgemäß durchgeführten Therapie selten. Prof. Elisabeth Aberer, Konsensusmitwirkende dieser Leitlinie, betonte noch im Frühjahr 2009 bei der Deutschen Borreliose-Gesellschaft, dass sie glaube, dass Borrelien trotz antibiotischer Therapien in der Haut überleben würden. Die in dieser LL selbst genannte Versagerquote bis zu 15 Prozent „selten" zu bezeichnen ist mehr als fraglich!

*„Bei Spätinfektionen kommt es häufiger **nach** Antibiotikatherapie zu Gelenk-, Muskel- und neurologischen Beschwerden."* Wie kann es denn sein, dass es erst **„nach"** einer angeblich erfolgreichen Therapie häufiger zu Beschwerden kommt? Bedeutet die Definition „erfolgreich" nur, dass der Arzt endlich erfolgreich sich des lästigen Patienten entledigen kann, oder ist das ein Erfolg, wenn der Patient nach einer Therapie an noch heftigeren zusätzlichen Symptomen leidet?

Obwohl deutlich darauf hingewiesen wird, dass es bisher keinen internationalen Konsens über die Therapierichtlinien bei Lyme Borreliose gibt, werden konkret nur die üblichen Minidosierungen empfohlen und vor wiederholten „antibiotischen Kuren" abgeraten, ohne interessierten Blick auf die Therapieerfolge einzelner Ärzte der Deutschen Borreliose-Gesellschaft. Es wird aber erwähnt, *dass nach „erfolgreicher Antibiotikatherapie" über sehr lange Zeit deutlich Beschwerden bestehen bleiben können.*

Immerhin „muss" bei einer disseminierten Infektion der Patient über die Möglichkeit einer Herxheimer Reaktion hingewiesen werden, um die Compliance (= Bereitschaft des Patienten zur Mitwirkung) bei der Therapie zu verbessern. Auf diese sollten vor allem auch die Ärzte hingewiesen werden, da erfahrungsgemäß viele Ärzte mangels Kenntnis dabei eine Therapie wegen vermeintlicher Unverträglichkeit abbrechen.

Dass die Gründe für die Zurücknahme des Impfstoffs Lymerix auf *„nichtwissenschaftlichen Gründen"* basierte, schuldete die Autorin den beiden Impfstoffentwicklern Simon und Wallich, die ebenfalls am Konsensus der Leitlinie beteiligt sind. Der Begriff „evidenzbasiert" fehlt richtigerweise für diese Arbeit, weil

Die „Leitlinien-Connection": Prof. Sebastian Rauer, Prof. Markus M. Simon, Prof. Reinhard Wallich, Prof. Heidelore Hofmann.

eben nicht alle Evidenzen ausgeschöpft wurden, sprich Deutsche Borreliose-Gesellschaft, Patientenorganisation.

Achtung Gutachten

Leitlinien der Entwicklungsstufe 1 sind nur eine Empfehlung einer Expertengruppe und wurden weder aus formal (evidence level) bewerteten Aussagen der wissenschaftlichen Literatur entwickelt **noch** in einem der bewährten formalen Konsensusverfahren mit repräsentativer Beteiligung aller betroffenen Fachgebiete beraten und verabschiedet.

Das heißt, diese Leitlinie wurde weder formal auf eine wissenschaftliche Evidenz geprüft, noch wurden andere Ansichten auf einen gemeinsamen Konsens berücksichtigt und kann – sofern sie in Gutachten als Beweis angeführt wird – abgelehnt werden.

Wer bei der Leitlinien-Entwicklung Patientenmitwirkung sowie die Beteiligung anderer Mediziner und Fachgebiete verhindert, dem liegt nicht die optimale Qualitätsförderung einer Leitlinie am Herzen, auch nicht der Wille, seine Kolleginnen und Kollegen zum Wohle der Patienten vom eigenen Wissen partizipieren zu lassen, sondern ausschließlich die alleinige Durchsetzung hier nicht näher zu beschreibender Absichten.

Leitlinien sind eigentlich nicht für Patienten gedacht, sondern sie geben ausschließlich Ärzten Orientierung im Sinne von Entscheidungs- und Handlungsoptionen.

Es steht also primär nicht das Patientenwohl und der Heilungserfolg im Vordergrund, sondern allein die (rechtliche) Absicherung des Arztes, um seine minimal erforderliche Tätigkeit zu rechtfertigen. Ob der Patient danach geheilt ist oder nicht und ob der Arzt sein maximal Mögliches gegeben hat, spielt dabei nicht die geringste Rolle. Wenn ein Arzt die Minimalforderungen einer Leitlinie erfüllt hat, ist er rechtlich abgesichert und kein Patient kann Rechtsansprüche an ihn stellen, egal wie schlecht es ihm geht. Denn der Arzt hat doch die Minimalforderungen erfüllt. Deshalb sind Leitlinien ausschließlich nur zur minimalsten Absicherung der Ärzte gedacht und nicht zur maximalen Therapie und Diagnostik des Patienten. ■

Überarbeitung der DBG-Empfehlungen

Die Deutsche Borreliose-Gesellschaft e.V. aktualisiert ihre Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie der Lyme-Borreliose. Daran beteiligt sind nicht nur Ärzte sondern auch ein Team unserer Patientenorganisation. Änderungsvorschläge werden im wöchentlichen Rhythmus veröffentlicht und können neu eingebracht werden. Als Endtermin ist der 31. Juli 2010 geplant.

Foto: Fischer

„Seronarbe ade“

Im Oktober 2006 veröffentlichten wir eine Arbeit von PD Dr. Dieter Hassler, Kraichtal, über die „Phasengerechte Therapie der Lyme-Borreliose“. Drei Jahre später nahm sich Prof. Dr. Fred Hartmann diese Arbeit erneut zur Hand und konstatierte Erstaunliches.

von Fred Hartmann

Wer die Einleitung zu dieser Arbeit sorgfältig liest, kommt zu überraschenden Feststellungen. Schon der erste Satz lässt aufhorchen: „Die Lyme-Borreliose ist eine außerordentlich häufige Erkrankung“. Dann stellt Hassler eine eigene Seroprävalenzstudie an 2628 Probanden in nicht selektierten Stichproben an der Gesamtbevölkerung Nordbadens vor und findet IgG-Antikörper-positive Probanden in 16,7 Prozent. Diese hohe Rate von Seropositiven habe, so schreibt Hassler, die Annahme begründet, dass in vielen Fällen lediglich eine früher durchgemachte Infektion vorliegen würde. Diese Ansicht sei jedoch falsch, denn in Langzeituntersuchungen am genannten Kollektiv konnte Hassler zeigen, **dass alle seropositiven Probanden irgendwann auch klinisch symptomatisch werden.**

> „Daher kann heute als geklärt gelten, dass die Lyme-Borreliose eine primär chronisch verlaufende Infektionskrankheit ist.“

Die maximale Latenzzeit bis zum Auftreten von Krankheitssymptomen betrug acht Jahre. Eine ähnliche Langzeitstudie von Petersen et. al. erbrachte an 1149 Probanden ganz ähnliche Ergebnisse und auch eine maximale Latenzzeit von acht Jahren. Originaltext Hassler: „In der jetzt fast zwanzig Jahre laufenden Nachbeobachtung des Kraichtaler Kollektivs konnten keine Spontanheilungen bei Borrelien-Infektionen beobachtet werden. Hinzu kommt ein mikrobiologisches Argument: Bei allen Krankheitsstadien konnten Borrelien kulturell angezüchtet werden.“

Und nun kommt die Schlussfolgerung, die eindeutiger nicht sein könnte: „Daher kann heute als geklärt gelten, dass die Lyme-Borreliose eine primär chronisch verlaufende Infektionskrankheit ist, bei der es in Analogie zur Syphilis keine Spontanheilung gibt. Die These eines „Durchseuchungstiters“ im Sinne einer durchgemachten, spontan überstandenen Infektion konnte nie belegt werden und sollte heute obsolet sein.“ Man muss die Aussage wiederholen, um die weitgehende Bedeutung zu unterstreichen: „Daher kann heute als geklärt gelten, dass die Lyme-Borreliose eine primär chronisch verlaufende Infektionskrankheit ist.“

Die Auswirkungen dieses schlichten Satzes kann man gar nicht hoch genug einschätzen.

Viele Arbeiten, die eine chronische Borreliose leugnen, werden zu Makulatur. Viele Gutachten, die mit einer „Ich-weiß-nicht-Diagnose“ enden, aber eine chronische Borreliose des Patienten in Abrede stellen, müssten neu geschrieben werden. Chronische Erkrankungen bedürfen einer Langzeitbehandlung, siehe Tuberkulose und Lepra und so offensichtlich auch die Borreliose. Viele Leitlinien angesehener Fachgesellschaften zur Borreliose, beginnend mit der IDSA, müssen dringend überarbeitet, ja Neufassungen müssten geschrieben werden.

Die Borreliose ist eine primär chronische Infektionskrankheit und es gibt keine so genannte Seronarbe! Seropositive Patienten werden spätestens innerhalb von acht Jahren klinisch symptomatisch. Welche Konsequenzen für die tägliche Praxis.

Danke, Herr PD Dr. Dieter Hassler. *Chapeau!* ■

Prof. Dr. med. Fred Hartmann, Ansbach, ist Mitglied der Deutschen Borreliose Gesellschaft e.V.

Foto: Fischer

Literatur

Hassler D. Phasengerechte Therapie der Lyme-Borreliose, Chemother. J. 2006, 15:106-11

Petersen LR, Sweeney Ah, Checo PJ, Magnarelli LA, et al. Epidemiological and clinical features of 1 149 persons with lyme disease identified by laboratorybased surveillance in Connecticut Yale J Biol Med 1989; 62; 253-62

Borreliose Wissen Nr. 14, Oktober 2006; downloadbar unter www.borreliose-bund.de

Ausschnitt aus typischen Gutachten zur Ablehnung berechtigter Forderungen:

Die seit dem Jahr.... positive IgG-Borrelienserologie belegt einen Kontakt mit den Bakterien – dies findet sich bei abgeheilter, persistierender Borreliose, aber auch als Durchseuchungstiter. Eine Zuordnung zu den mit Anlaufschmerz geschilderten polytopen Beschwerden ist unter Zugrundelegen der **wissenschaftlichen Standards** daraus nicht abzuleiten.

Dieser Arzt fliegt

Wer in der Abschlussprüfung zum Arzt nicht weiß, dass bei einer Wanderröte nach Zeckenstich unverzüglich therapiert werden muss und erst die Serologie befragen möchte, fliegt bei der Prüfung durch, berichtete Prof. Dr. med. Joachim Mössner, Klinik für Gastroenterologie und Rheumatologie der Universitäts-

Fibromyalgie – ein Rätsel, das keiner lösen möchte?

Fibromyalgie – ein medizinischer Restposten – titulierte das medizinische Presseportal DocCheck am 3. November und sammelte daraufhin über 80 Kommentare von Ärztinnen und Ärzten ein, auch von einigen Heilpraktikern. Es muss davon ausgegangen werden, dass die Akteure des Portals minutenaktuell zensieren, was dort stehen darf und was nicht.

Auszüge aus einem Artikel von Dr. Julia Hofmann:
Es gibt keine Zahlen, wie viele Menschen in Deutschland unter Fibromyalgie leiden. Man spricht von einer Häufigkeit um die drei Prozent, also keine seltene Erkrankung.

Neue Erkenntnisse von reduzierter oder veränderter grauer Hirnsubstanz, Veränderungen der Neurotransmitter und Hormone, genetischer Veranlagung und belastenden Lebenssituationen würden möglicherweise eine Rolle spielen. Doch die konkrete Ursache bleibe im Unklaren.

Auch eine interdisziplinäre Leitlinie zum Fibromyalgiesyndrom bringe kaum Licht ins Dunkel, bewertet die Medizinjournalistin Hofmann die ähnlich aussichtlose Situation der Fibromyalgie wie bei der Borreliose. Eine spezifische Diagnostik sei dort gleich gar nicht vorgesehen. Laboruntersuchungen würden lediglich dem Ausschluss anderer Erkrankungen dienen, vornehmlich entzündlich rheumatischer Erkrankungen.

Auch bei der Therapie herrsche keine Einigkeit unter den Behandlern. An erster Stelle stünden Patientenschulung und Psychotherapie. (Kommt einem irgendwie bekannt vor). Bei der medikamentösen Therapie fehle ein internationaler Konsens. Das Fibromyalgiesyndrom könne eine „Störung der zentralen Schmerzverarbeitung“ sein. Selbst eine S3-Leitlinie könne Differenzen über die Einordnung der Symptomatik und anhaltenden Diskussionen über eine eigene Krankheitsentität nicht aus dem Weg räumen. Ursachen und Therapien würden trotz Leitlinie individuell bleiben. Patienten seien gefordert, selbst nach Hilfe zu suchen und zu probieren, was auch immer sich ausprobieren lasse. **Der Kommentar, dass ein Fibromyalgiesyndrom auch mit einer Borreliose zusammenhängen könne, wurde mehrfach hintereinander postwendend gelöscht.**

Labordiagnostik in Zeiten der wirtschaftlichen Krise

von Andreas Grothusen

Zur Klärung der Aktivität einer chronisch persistierenden Borreliose dient als Goldstandard der LTT Borrelien. Da dieser nicht mehr Gegenstand der gesetzlichen Krankenversicherung ist, wird über verschiedenste Laborwerte und alternative komplementäre Methoden versucht, ein ähnliches, wenn nicht gleiches Ergebnis zu erreichen. In Zuständen und in Zeiten, wo wirtschaftliche und Kraftressourcen schwinden, wird es immer wichtiger, mit möglichst wenig möglichst viel zu erreichen.

In der Zeit von 2003 bis Mitte 2006 wurden in meiner Praxis nahezu alle Borreliose-verdächtigen Patienten sowohl mit dem LTT Borrelien als auch zur Klärung der Immunfunktion mit dem LTT FU (Immunfunktion) untersucht. Später kam der CD 57 Test hinzu. Es zeigt sich eine hohe Koinzidenz von hoch aktiven LTT FU Ergebnissen bei ebenfalls LTT positiven Borreliosen.

Nachdem der LTT Borrelien nun Selbstzahlerleistung für gesetzlich Versicherte geworden ist, bot sich die entdeckte Korrelation an, um mittels LTT FU Rückschlüsse auf die Aktivität einer Borreliose zu ziehen. Dieses macht nur Sinn im Zusammenhang einer chronisch persistierenden Borrelioseinfektion. Für die akute Infektion sind ELISA und Immunoblot weiterhin unersetzlich. Denn auch bei anderen, ja nicht seltenen bakteriellen Co-Infektionen ist der LTT FU erhöht und der CD 57 Test erniedrigt.

Da eine chronische bakterielle Infektion wie die Borreliose zu einer sekundären Veränderung der Immunfunktion

Labordiagnose der Borreliose
(chron. Verlaufsform)

Gesetzlich versichert	Privat versichert
• LTT der Immuninfektion	• LTT Borrelien
• CD 57 Test	• Th1/Th2 Zytokinprofil
• TNF alpha	• TNF alpha
• Serologie und Immunoblot im Verlauf	• (LTT Immunfunktion)
• Lymphozytendifferenzierung	• (Lymphozytendifferenzierung)

durch die Prüfung

klinikums Leipzig, im persönlichen Gespräch mit Ute Fischer, Vorsitzende des BFBD. Mössner ist Kontakter zwischen der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin und der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF), Register- und Kontrollstelle für Leitlinien.

führt, sind es Parameter der Immunfunktion, die zu einer erfolgreichen Diagnostik und Therapie beitragen. Dieses sind neben den LTTs für FU und Borrelien, der CD 57 Test, die Zytokinfunktionen (Th1/Th2, TNF alpha) und die Lymphozytendifferenzierung.

Die mittels LTT FU messbare Immunfunktion unterliegt einer hohen individuellen Schwankungsbreite. Daher sind Verlaufuntersuchungen sehr hilfreich in der Beurteilung.

Im Alter nimmt die Immunfunktion jedoch ab, so dass der mittlere Funktionsindex des LTT FU unter einer chronisch bakteriellen Infektion „normal“ scheint. Insgesamt jedoch ist die Labordiagnostik ohne den LTT Borrelien komplexer und umfangreicher geworden, allerdings, gerade im Bereich möglicher Co-Infektionen wegweisender als zuvor.

Da uns aber in 2006 der LTT Borrelien bereits aus Kostengründen genommen wurde, bitte ich, die empfohlene Labordiagnostik in sinnvollen Zeitintervallen, beziehungsweise nur bei entsprechender Klinik durchzuführen, damit nicht auch diese absolut nötige Labormöglichkeit aus dem Leistungskatalog gestrichen wird.

Zur Labordiagnostik der Aktivität einer chronischen Borreliose kann daher zwischen gesetzlichen und privat versicherten Patienten wie im Schaubild auf Seite 7 unterschieden werden. ■

Dr. med. Andreas Grothusen ist niedergelassener Arzt für Allgemeinmedizin in Hamburg.
E-Mail: info@drgrothusen.de

Werden Sie Mitglied

im Borreliose und FSME Bund Deutschland e.V.

Jede Mitgliedschaft hilft, die gemeinnützige Aufklärung zur Prävention und Krankheitsbewältigung zu sichern.

(Ein Beitrittsformular finden Sie auf der Rückseite dieses Magazins)

Immun-Blockaden durch entzündli (Knochenauflösungen) im Kieferbe

Borreliose kann sehr vielfältige Symptome verursachen, von Nerven- und Gelenkproblemen zu Hauterscheinungen. Schon manche unklare Diagnose hat sich als Borreliose herausgestellt. Gerade bei einer Multisystemerkrankung wie der Borreliose spielt die Streuung des Erregers mit Ausbreitung im gesamten Körper eine große Rolle.

Viren und Bakterien sind jedoch nicht immer verantwortlich für alle Krankheiten, denn wesentlich für die Entstehung von Infektionskrankheiten ist die Intaktheit des Immunsystems und der individuellen Abwehr. Der Blick in kleinste Bausteine des Körpers versperrt der Medizin den Blick auf die größeren systemischen Zusammenhänge. Die Umsetzung dieser Aspekte in der täglichen Praxis versucht die Ganzheitliche Zahnmedizin. Demnach muss das Ziel einer ganzheitlich orientierten Borreliose-Therapie auch die Eliminierung chronisch-entzündlicher Phänomene im Zahn-Kieferbereich sein.

- Denn jede chronische Belastung wirkt über Verlust der Vielfalt der immunologischen Reaktionsformen und konditioniert individuelle Empfänglichkeit auf weitere Belastungen.
- Ganzheitliche Zahnärzte diagnostizieren und entfernen sogenannte Störfelder und Herde, die zu chronischen Belastungsfaktoren für den gesamten Organismus geworden sind. Dazu können unverträgliche Füllungen und Zahnlegierungen gehören, tote und wurzelgefüllte Zähne oder chronische Entzündungen im Kieferknochen.

Mit einem einfachen Ursache-Wirkung-Denken lässt sich aus der Sicht der modernen Immunologie das komplexe Steuerungssystem des Organismus nicht mehr erfassen. Deshalb sind simple Reihenextraktionen toter Zähne alleine keine Garantie für eine gelungene Störfeldsanierung im Kieferbereich.

- Ziel einer Zahnstörfeldtherapie ist die Wiederherstellung der Fähigkeit des Organismus zur systemerhaltenden Auto-Regulation der körpereigenen Abwehr.
- Neben wurzelgefüllten, toten und mit apikalen Entzündungsherden behafteten Zähnen spielt die – röntgenologisch nur schwer erkennbare – fettig degenerative Osteolyse des Kieferknochens (NICO/Chronische Kieferostitis) eine wichtige Rolle im systemischen Belastungsgeschehen der körpereigenen Abwehr.

Bei der Beschreibung des Phänomens der NICO/Chronische Kieferostitis besteht eine terminologische Unsicherheit: Die klassische, aus dem deutschen Sprachraum stammende Bezeichnung „Chronische Kieferostitis“ (CKO) steht dem US-amerikanischen Begriff der NICO – Neuralgia Inducing Caviational Osteonecrosis – wie von Bouquot vorgeschlagen – gegenüber. Die Bezeichnung NICO suggeriert allerdings, dass die einzige Folge der Osteonekrose der klinische Effekt einer Neuralgie sei. Die ganzheitliche Wirkung dieser Osteolyse des Kieferknochens auf den gesamten Organismus im Sinne einer systemisch-toxischen Wirkung wird durch diesen Begriff nicht erfasst. Im Folgenden wird zur Beschreibung dieser Prozesse daher der Ausdruck NICO-CKO verwendet.

1. Röntgendiagnostik der NICO-CKO

Die konventionellen Röntgentechniken zeigen bei der NICO-CKO nur sehr begrenzt die tatsächliche Ausdehnung und Lokalisation der Osteolysen im Kieferknochen. Atomabsorptionsspektrometrische Untersuchungen des Autors beweisen die Ursachen für die ungenügende Darstellung der NICO-CKO im Röntgen (siehe hierzu: J. Lechner: Störfelder im Trigeminusbereich und Systemerkrankungen; Bestellungen unter www.dr-lechner.de) Es gibt jedoch typische radiologische Zeichen, die das Vorliegen einer NICO-CKO vermuten lassen:

- Persistierende Septen und persistierende Zahnfächer: Regelmäßig verbleiben bei einfachen Extraktionen sowie bei sekundär geheilten Extraktionswunden die röntgenologisch sichtbaren Septen und Alveolarbegrenzungen bestehen.

Foto: privat

ch-degenerative Osteolysen reich

von Johann Lechner

- Mangelnde Pneumatisation der Kieferhöhle: Je weniger die Kieferhöhle sich in den zahnlosen Alveolaranteil des Alveolarfortsatzes des Oberkiefers ausdehnt, desto eher ist der Oberkieferknochen von osteolytischen Prozessen durchsetzt.
- Auflösung der regelrechten spongiösen Trabekelstruktur: In Fällen einer exzessiven fettigen Dystrophie und Lyse der Spongiosa ist das völlige Fehlen der spongiösen Trabekelstruktur auch röntgenologisch erkennbar (siehe auch www.kieferostitis.de).

In vielen Fällen wird der Operateur nach Eröffnung der Kortikalis intraoperativ von der Ausdehnung der Knochenveränderungen überrascht sein. Um das klinische Ausmaß der Osteolyse besser darstellen zu können, wurde in einzelnen Fällen in der Praxis des Autors intraoperativ ein Kontrastmittel in den osteolytisch erweichten Bereich eingefüllt, nachdem der gesamte Markraum ausgesaugt und ausgelöffelt worden war. Das folgende Beispiel zeigt intra operationem die massive Ausdehnung der osteolytischen Bezirke (Abbildung 1).

Abb. 1: Die Degeneration der Spongiosa reicht häufig über den Kanal des Nervus infraalveolaris hinaus. Hierbei ist in der Regel die knöcherne Scheide des Nervkanals vollständig aufgelöst, so dass während der Operation der Nerv – wie im obigen Röntgenbild dargestellt – völlig frei in einem „Trog" aus gesunder Kortikalis liegt. Es bedarf einer sorgfältigen und diffizilen Operationstechnik, um die degenerierte und erweichte Spongiosa ohne Parästhesie oder gar Schädigung des Mandibular-Nerven zu entfernen. Auch Bouquot [2003] nennt als Kriterien der von ihm so benannten NICO wie folgt:

- nekrotisierter, erweichter Spongiosaknochen,
- hohle Kavitäten, mit fettig dystrophisch verändertem Weichgewebe gefüllt,
- Entmyelinisierung des Nervus mandibulae.

Die folgende Abbildung 2 zeigt das Ausmass der Enzymhemmung durch ein Lysat aus einer NICO-CKO eines Patienten im Vergleich zur ungehemmten Enzymaktivität in vitro (= Nullinie) und im Vergleich zu reinem H2S.

Abb. 2: Die untersuchten Marker-Enzyme sind sämtlich Bestandteile der Atmungskette der Zelle. Bei der labortechnisch nachweisbaren ausgeprägten Enzymhemmung tut sich die Frage auf: Warum ist es wichtig für die systemische Gesundheit, die Quellen dieser Schwefelwasserstoffverbindungen diagnostizieren zu können? Die Antwort zeigen Abbildung 4 und 5: Enzyme „docken" Substrate an und bearbeiten diese in ihren „Aktiven Zentren". Diese bestehen aus Sulfhydril-Gruppen (sogenannte -SH Gruppen), die durch angelagerte Toxine aus NICO/CKO blockiert werden.

Abb. 3: Die Statistik zeigt noch deutlicher die durchschnittliche Enzymblockade von mehr als 50 Prozent aller Markerenzyme durch das Lysat aus NICO-CKO (Abbildung 4).

Bakterielle Toxine aus NICO/CKO können die Anbindung von Nukleotiden (ATP) an reine nukleotidbindende Proteine/Enzyme hemmen. Im Autoradiogramm der Abbildung 2 ist zu sehen, dass 1,3-Phosphoglycerat Kinase und Pyruvat Kinase

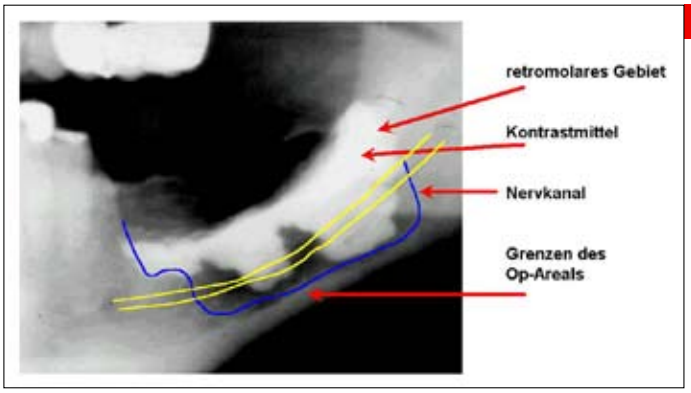


Abb. 1

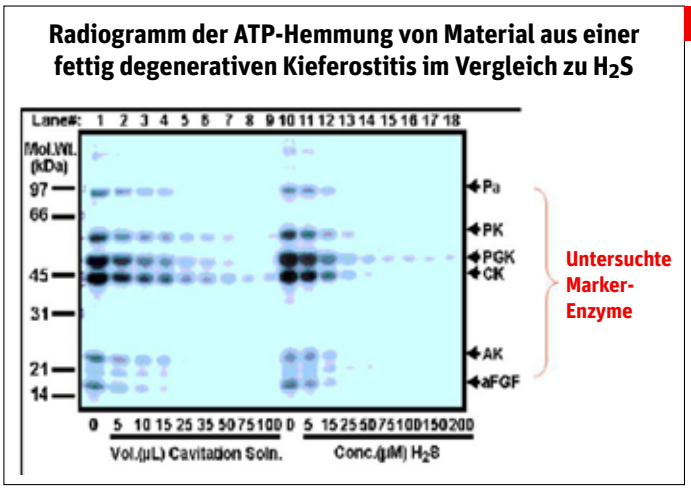


Abb. 2

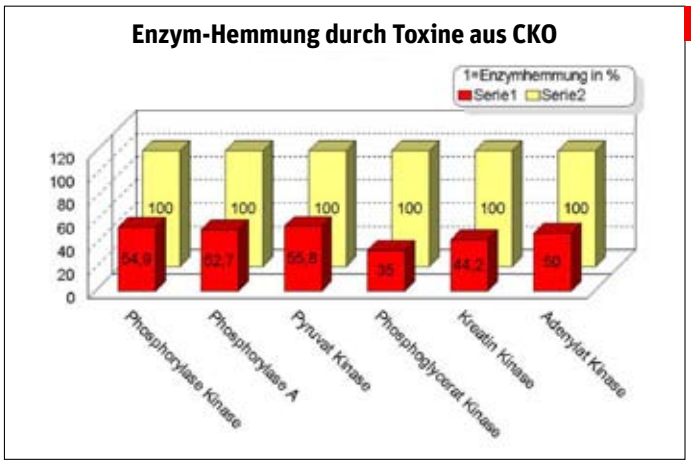


Abb. 3

besonders stark gehemmt werden. Diese Enzyme arbeiten an der Umwandlung von Glukose zu Pyruvat in der Glykolyse und damit direkt an der Produktion von ATP. Wozu ATP (Adenosintriphosphat)? ATP ist die Speicherform von Energie; ohne ATP ist kein Stoffwechselprozess möglich, denn

- ATP ist das Grundprinzip der Energiebereitstellung allen Lebens.

Leider besitzt der Körper nur etwa 35 Gramm ATP, das täglich circa 2.000 Mal auf- und abgebaut werden muss. Dies passiert im Mitochondrium, dem Kraftwerk der Zelle. Leicht vorstellbar ist, dass auf Grund eines derartig provozierten ATP-Mangels Immunschwächen, Chronic Fatigue-Syndrome und allgemein systemische Regulationsschwächen resultieren.

Fotos und Grafiken: Lechner

2. Histopathologie und Stoffwechsel der Chronischen Kieferostitis (CKO, NICO)

Die histologischen Befunde von Operationsmaterial aus der Praxis des Autors bestätigen die Auffassung, dass tatsächlich weniger die entzündlichen, als vielmehr die osteonekrotischen Anteile der NICO-CKO überwiegen. Offensichtlich liegt bei der NICO-CKO eine örtlich umgrenzte Mangelversorgung in Form einer chronisch-trophischen Störung vor. Dies führt im Spongiosagewebe zu einer Ischämie. Sie zeichnet sich histologisch aus durch eine Verbreiterung des Interstitiums, begleitet von einer Vermehrung der Mucopolysaccharide.

Deutlich vermehrt sind regelmäßig die Fettzellen: Sie sind „schaumig" verändert im Sinne einer mukoiden Degeneration des Fettgewebes, möglicherweise als Zeichen einer energetischen Mangelversorgung im Mikrostoffwechsel. Funktionell ist dieser Zustand vergleichbar mit einer minderwertigen Knochen-Narbe. Abbildung 4 zeigt eine derartige fettig-degenerative Knochenprobe aus dem Operationsgut des Autors.

Abb. 4

Abb. 4: Es ist bekannt, dass nicht nur Immunzellen, sondern in geringerem Umfang auch Fettzellen Botenstoffe der Entzündung bilden, insbesondere Interleukin-1 und Tumor-Nekrose-Faktor Alpha (TNF-alpha). Tatsächlich scheint es, als bestätige sich Virchows alte Hypothese, dass eine chronische Entzündung ein idealer Nährboden für systemische Entgleisungen wie Krebs sein kann. Ohne Zweifel wirkt ein entzündliches Milieu fördernd auf systemisch-immunologische Prozesse. Bei den degenerativen Hirnerkrankungen, zum Beispiel bei der Alzheimer-Krankheit, finden Wissenschaftler in den Gehirnen von Alzheimer-Patienten Immunzellen, die eine Fülle von Entzündungsbotenstoffen mit höchst unterschiedlicher Wirkung produzieren. „Manche dieser Stoffe", sagt Hartmut Wekerle, Max-Planck-Institut für Neurobiologie in Martinsried bei München, „beschleunigen durch die Bildung von aggressiven Stoffen die Degeneration – denn Fettzellen produzieren ständig gefährliche Entzündungsbotenstoffe."

Als Folge des veränderten Knochenmetabolismus mit Ischämie und fettiger Degeneration des Spongiosaraumes siedeln sich in osteolytisch veränderten Kieferknochen einer NICO häufig anaerobe Bakterien an, die Toxine (CH3S: Methyl-Merkaptan) produzieren, wie sie auch in toten und wurzelgefüllten Zähnen vorkommen. Sie sind nachweisbar über den **OroTox®-Test** (www.orotox.de).

3. Ultraschall-Diagnostik im Zahn-Kiefer-Bereich mit CAVITAT

Warum benötigt man CAVITAT? Die Röntgendiagnostik der chronisch-osteolytischen Prozesse im Kieferbereich ist nicht ausreichend. Unauffälligen Röntgenbildern stehen massive Areale erweichten und nekrotischen Spongiosaknochens gegenüber, die für den Betroffenen völlig asymptomatisch sind. Diese werden im Englischen „Cavitations" genannt. Bioenergetische Testverfahren und Neuraltherapie wissen aber um die klinische Bedeutung dieser chronischen Störfelder. In diesem Spannungsfeld ist die Entwicklung von CAVITAT als bildgebende Diagnostik ein wesentlicher Fortschritt.

CAVITAT beruht auf dem Ultraschallprinzip, wobei der Schall am besten durch festes Material, schwächer durch wässriges Milieu und am langsamsten durch Luft geleitet wird. Normalerweise wird Ultraschall von der Kortikalis vollständig reflektiert, deshalb arbeitet CAVITAT mit einer Frequenz von 2,5 bis 2,75 MHz, bei der die Kortikalis durchdrungen werden kann. CAVITAT besteht aus einem Ultraschall-Sender, der auf der Außenhaut über dem zu messenden Zahn-Kieferbereich aufgesetzt wird. Intraoral wird ein daumennagelgroßer Empfänger in diesem Bereich angelegt, der einem Odonton entspricht (Abbildung 1). Jedes Odonton wird einzeln gemessen. Der Receiver besitzt 64 piezoelektrische Felder zur Registrierung der Schallwellen. Diese werden durch die Rechnereinheit in einen farbigen Impuls umgewandelt. Unterschiedlich schnelle Schallwellen zeigen unterschiedliche Farbgebung.

Der Rechner stellt die Strukturen in einer dreidimensionalen Grafik der Knochendichte dar (Abbildung 6):

Grün	Gesunde und feste Knochen- und Zahnstrukturen
Gelb	ischämische Prozesse (Vorstadium einer chronischen Kieferostitis/Osteolyse)
Orange	osteonekrotische Areale, abgestorbene und fettig degenerierte Kieferknochen
Rot	Kavitäten (Hohlräume im Kieferknochen und Endstadium der chronischen Kieferostitis)

Die folgende Röntgenaufnahme (Abbildung 5) des zahnlosen Kieferbereichs 48 zeigt keinerlei auffällige Strukturen. Niemand würde auf Grund der Röntgendiagnostik dort einen odontogenen Herd vermuten.

Glossar

Alvolaranteil	zahnloser Kieferbereich
apikal	an der Wurzelspitze liegend
asymptomatisch	ohne Beschwerden
Dystrophie	durch Mangel- oder Fehlernährung hervorgerufene Störung
Interstitium	Gewebsraum zwischen den Zellen
Ischämie	Durchblutungsstörung
Kavitäten	kariöse Zahnhöhlen
Korrelat	Verhältnis
Kortikalis	Knochenrinde
Lyse	Auflösung
Mandibular	Unterkiefer
Mukoperiostlappen	Lappen aus Kieferschleimhaut
nekrotisiert	abgestorben
Odonton	einzelnes Zahngebiet
odontogen	von den Zähnen ausgehend
Ostitis	Knochenentzündung
Parästhesie	Missempfindung und Nervlähmung
Pneumatisation	lufthaltige Hohlräume
residual	zurückbleibend
Septen	Scheidewände
spongiös	schwammartig
Spongiosa	schwammige Schicht
Trabecula	Bälkchen

FOTOS UND GRAFIKEN: LECHNER, PRIVAT

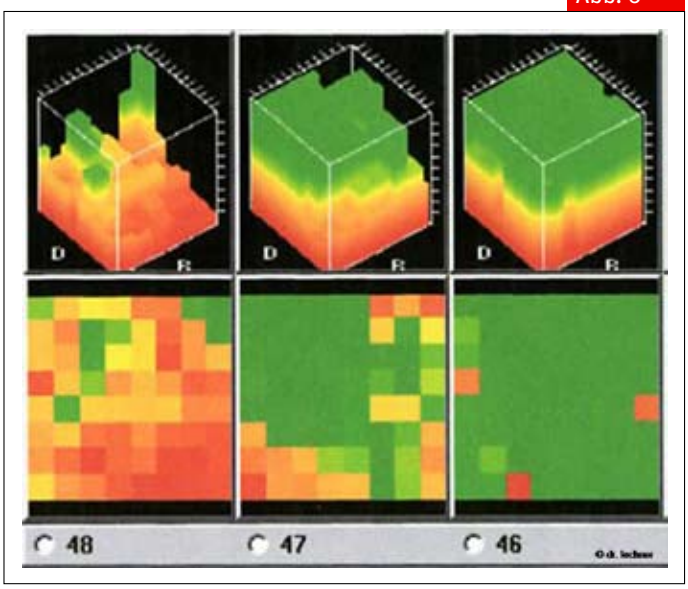
Abb. 5

Abb. 6: Im Gegensatz zum Röntgenbild zeigt das CAVITAT-Bild des gleichen Areals in Abbildung 2 eine deutliche Auflösung des Kieferknochens im Bereich 48 (= rote und orange Farbgebung).

Abb. 7: In diesem Falle wurde nach Abklappen des Mukoperiostlappens im Bereich 48 sofort das klinische Korrelat zu dem hochgradig auffälligen Ultraschallbefund sichtbar (Abbildung 7): Als Residualbefund von der seit zwölf Jahren zurückliegenden Weisheitszahnentfernung zeigt sich eine tiefe Knochennarbe. Diese Narbenstruktur ist auf der dreidimensionalen CAVITAT-Darstellung zu sehen als längliche Auflösung des festen Kieferknochens, was exakt dem topografischen Verlauf des Narbenstranges entspricht (Abbildung 6).

Die therapieresistenten chronischen Schulter-Arm Beschwerden rechts des Patienten waren nach der operativen Bereinigung des Areals 48 schlagartig verschwunden (dieser Fall ist aus dem Patientenratgeber von J. Lechner „Der Feind in meinem Mund“ entnommen. Einzelheiten und Bestellung unter www.feindinmeinemmund.de).

Abb. 6



In meiner Praxis ist CAVITAT seit knapp vier Jahren in Gebrauch. In dieser Zeit wurden fast tausend Untersuchungen mit CAVITAT durchgeführt. Circa 95 Prozent der Fälle zeigten eine Übereinstimmung von Ultraschallbild und histologisch untersuchten Knochenproben.

Da die Ganzheitliche Zahnheilkunde im gesamten Medizingebäude noch nicht den ihr zustehenden Stellenwert einnimmt, sollte der mündige Patient selbst lernen, mit möglichen Zahnstörfeldern richtig umzugehen. Denn Zahn- und Kiefer-Störfelder zeigen in aller Regel im Zahn- und Kieferbereich keine sichtbaren Veränderungen; sie sind deshalb vom Zahnarzt schwer zu entdecken. Sie äußern sich durch oft wechselnde Beschwerdebilder und passen daher häufig nicht in das klassische Diagnostik-Schema der Schulmedizin: Störfelderkrankte werden deshalb oft in die „Psycho-Ecke“ geschoben. Deshalb sollte der Patient selbst an Zahnstörfelder als mögliche unerkannte Krankheitsursache denken, wenn er sich krank fühlt und von medizinischer Seite keine ausreichende Hilfe bekommt.

Abb. 7

Viele chronisch Kranke leiden an einem Krankheitsbild, das ihnen als solches im Augenblick noch gar nicht bekannt ist: Chronische Belastungen aus dem Zahn- und Kieferbereich. Die gegenwärtige Praxis der Zahnheilkunde weist Lücken und Mängel auf. Jeder sollte Bescheid wissen darüber, was ihn belastet oder schädigt oder schädigen kann, damit er sich schützt und schützen kann. ■

Dr. med. dent. Johann Lechner ist Zahnarzt und Heilpraktiker in München sowie Autor von acht Büchern über komplementäre Zahnmedizin und Bioenergetische Medizin

Literatur

Bouquot J.E., Christian J.: Long-term effects of jawbone curtage on the pain of facial neuralgia; treatment results in NICO (neuralgia-inducing CAVITATional osteonecrosis). Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. 1991; 72:582 (abstr.)

Bouquot J.E., Roberts A.M., Person P., Christian J..: NICO (neuralgia-inducing CAVITATional osteonecrosis): osteomyelitis in 224 jawbone samples from patients with facial neuralgias. Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. 1992; 73:307-319.

Bouquot J. E., DDS, MSD: Neuralgia-inducing CAVITATional osteonecrosis (NICO). Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. 1992, 73:307-19)

Heine, H.: Lehrbuch der biologischen Medizin. Hippokrates, 2006, Stuttgart

Lechner J.: Störfelder im Trigeminusbereich und Systemerkrankungen: Ein systemisches Sanierungskonzept für Zahn-Störfelder, Verlag für Ganzheitliche Medizin 1999, ISBN: 3-927344-47-8 504 Seiten, zahlreiche Fotos und Grafiken

Lechner, J.: Chronische Kieferostitis und Systemerkrankung. Biologische Zahnmedizin, Hüthig-Verlag, 1990, Heidelberg

Lechner, J.: Herd, Regulation und Information; Hüthig-Verlag, 1993, Heidelberg

Lechner J (2005): Die Korrelation von CAVITAT mit intraoperativen Befunden, www.kieferostitis.de und www.dr-lechner.de

Perger, F.: Kompendium der Regulations-Pathologie und -Therapie, Sonntag Verlag, München

Ratner E.J., Langer B., Evins M.L..: Alveolar CAVITATional osteopathosis – manifestations of an infectious process and its implication in the causation of chronic pain. J. Periodontol 1986; 57:593-603

Shankland W.E.: OsteoCAVITATional lesions (Ratner bone cavities): frequently misdiagnosed as trigeminal neuralgia-a case report. J. Craniomand Pract. 1993; 11:232-234.

Wang M., Jiao X., Meng Q., et al.: Localization method in the diagnosis of the pathological jaw bone cavity. Acta Acad. Med. Sichuan 1982; 13:341-344.

Tipps für sichere Arzneimitteltherapie

1 Führen Sie eine Liste aller Arzneimittel, die Sie einnehmen oder anwenden, auch ohne Rezept gekaufte Arzneimittel, Vitamine, Naturheilmittel und Nahrungsergänzungsmittel.

2 Legen Sie die Liste bei jedem Arztbesuch vor.

3 Führen Sie diese Arzneimittelliste auch mit, wenn Sie ein Rezept einlösen oder ein Arzneimittel ohne Rezept kaufen, damit Sie der Apotheker bei Unverträglichkeiten beraten kann.

4 Achten Sie auf Hinweise zur Einnahme, Anwendung und Aufbewahrung der Arzneimittel. Notieren Sie auf der Packung, wann Sie sie erhalten haben.

5 Führen Sie ein Symptom-Tagebuch. Halten Sie darin fest, ob und wann neue Beschwerden auftreten. Sie können eine Nebenwirkung sein oder eine Wechselwirkung mit anderen Medikamenten. Informieren Sie darüber Ihren Arzt und suchen Sie das Gespräch mit Ihrem Apotheker.

6 Achten Sie auf neue akute Erkrankungen bei bereits bestehender Dauertherapie.

Es kann nötig werden, die Dauertherapie zu unterbrechen oder anzupassen.

7 Gesetzlich Versicherte müssen damit rechnen, dass sich bei angeblich gleichem Wirkstoff der Hersteller der gewohnten Medikation ändert, weil er für die Krankenkasse billiger ist.

Inspizieren und vergleichen Sie den Beipackzettel genauestens und suchen Sie bei Unsicherheit das Gespräch mit Ihrem Arzt.

8 Verlassen Sie die Arztpraxis nicht mit Ungewissheit, weil sie nicht alles verstanden haben. Fragen Sie nach, machen Sie sich notfalls Notizen oder nehmen Sie einen Begleiter mit.

Warum sind Sie chronisch krank?

von Ute Fischer

Die Frage kam Anfang Dezember von Prof. Dr. med. Rudolf Ackermann, Köln. Unfassbar für ihn war, in Borreliose Wissen Nr. 19 über Chronische Borreliose lesen zu müssen.

„Warum sind Sie chronisch krank? Man kann das doch ausrotten“, bestärkte mich der heute 88-Jährige. Er kenne etliche gesund gewordene Patienten, die nur lange genug therapiert hätten und verwies auf eine Arbeit von Stricker und Winger aus 2001 über den signifikant erniedrigten CD57-Status.

Ackermann: „Es gibt Borreliosepatienten, die auf die intravenöse oder orale Standard-Antibiotikatherapie nicht oder unzureichend ansprechen. Ursache hierfür kann eine Schwäche des T-Zell-Abwehrsystems sein, die labortechnisch objektiviert werden kann. Auch in diesen Fällen lässt sich die Infektion zum Stillstand bringen, man muss nur lange genug behandeln und gegebenenfalls höher dosieren. Die offiziell vorgeschlagene Standardbehandlung reicht in diesen Fällen nicht aus. Entscheidend ist der klinische Erfolg; natürlich muss die Diagnose stimmen.“

Für Borreliose engagierte Ärztinnen und Ärzte kennen den Namen Ackermann als Pionier der deutschen Borreliose-Forschung. Schon 1983, zwei Jahre nach der Entdeckung des Erregers B. burgdorferi, publizierte er als Professor der Universitäts-Nervenklinik Köln über Borrelieninfektion als mögliche Ursache des Erythema migrans, eines Garin-Bujadoux-Bannwarth-Syndroms, über Serum-Antikörper und über die „European erythema chronicum migrans disease“.

Für Borreliosepatienten war Ackermann bis vor wenigen Jahren stets ansprechbar, wenn sie nicht mehr weiterwussten. Seine Telefonnummer wurde herumgereicht wie in einem Geheimbund. Er bestärkte uns, bei entsprechenden Borreliose-Symptomen nicht nachzugeben und nach einem Arzt zu suchen, der uns antibiotisch therapiere.

Die Deutsche Gesellschaft für Infektiologie rühmte anlässlich seines 60. Geburtstages nicht nur sein jugendliches Erscheinen und seine ungebrochene Gesundheit und Arbeitskraft, auch seine unmittelbare und enge Verknüpfung von Klinik, Labor, epidemiologischer Untersuchung, Experiment und reproduzierbarer Untersuchung mit klinischer Erfahrung.

Was hören wir heute von jener noch immer existierenden Gesellschaft? Wo ist eine Leitlinie Borreliose aus infektiologischer Sichtweise? Warum müssen wir uns von Neurologen und Dermatologen vorschreiben lassen, wie es uns geht und wie wir gesund zu werden haben? ■

Foto: Shutterstock

Schmerztherapie und Mentalbetreuung

Notizen aus einem Vortrag von Dr. Armin Schwarzbach anlässlich des zehnjährigen Bestehens der Borreliose-Selbsthilfegruppe Leipzig am 10. September 2009

von Armin Schwarzbach

Viele Borreliose-Patienten leiden unter erheblichen Schmerzen, auch chronischen. Ein Schwerpunkt der ganzheitlichen Behandlung ist daher die schmerztherapeutische Begleitung. Diese kann in der Verordnung von geeigneten Schmerzmitteln oder so genannten Co-Analgetika bestehen oder in begleitenden Therapien wie zum Beispiel Akupunktur, Tens-Therapie, Hochtontherapie.

Mentalbetreuung hilft Vertrauen in die Therapie zu fassen und Ängste abzubauen.

Das sind Therapien, die helfen, bestehende Depressionen zu überwinden und eine neue mentale Einstellung zu sich, zur Therapie und zur Krankheit einzurichten. Der Arzt wird zum „Coach“, zum Gesundheitstrainer. Dies geschieht in Form von Gesprächstherapien, Erfahrungsaustausch mit anderen Patienten, mit Entspannungs- und Meditationstechniken, mit Problemlösetechniken und durch Selbstorganisation.

Neben der ursächlichen Therapie hat die Schmerztherapie bei der Behandlung der Borreliose und anderer von Zecken übertragener Erkrankungen eine besondere Bedeutung. Ein gezieltes „Schmerzmanagement“ ist bei vielen Patienten erforderlich und sollte immer Bestandteil der Therapie sein.

Die häufigsten Schmerzformen bei Borreliose sind muskuloskelettale Schmerzen wie Gelenkentzündungen, Schmerzen an mehreren Gelenken gleichzeitig, Muskelschmerzen aller Art. Zu den neuropathischen Schmerzen zählen Nervenschmerzen, Nervenentzündungen und anfallsartige Schmerzen im Versorgungsgebiet eines oder mehrer Nerven. Als „zentrale Schmerzen“ bezeichnet werden Hirnhautentzündung und Entzündungen des Rückenmarks und der Spinalnervenwurzel.

Behandlung nach dem Stufenschema der WHO

WHO Stufe I

- Nicht-Opioid z.B. Paracetamol, Ibuprofen, Diclophenac, Metamizol und unter Umständen COX-2-Hemmer

WHO Stufe II

- schwaches Opioid (Tramadol, Tilidin-Naloxon, Dihydrocodein retard) und Nicht-Opioid.

WHO Stufe III

- starkes Opioid (Morphium, Hydromorphon, Fentanyl) + Nicht-Opioid

Begleitmedikation in der Schmerztherapie „Co-Analgetika“

- Antidepressiva (Amitriptylin, Doxepin)
- Antikonvulsia (Carbamazepin, Gabepentin, Pregabalin)
- Sedativa (Lorazepam, Midazolam)
- Spasmolytika (Butylscopolamin)
- Antiemetika (Metoclopramid, Haloperidol)

Begleittherapie in der Schmerztherapie

- Elektro-Therapie
- Tens
- Akupunktur ■

Dr. Armin Schwarzbach ist Laborarzt im Borreliose Centrum Augsburg (BCA)

Therapien der Verzweiflung

Aus den Niederlanden dringt die Kunde, dass sich einzelne Borreliosepatienten in der Slowakei mit teilweise heftigen Therapien behandeln lassen, zum Beispiel mit Ciprofloxacin und gleichzeitig Ceftriaxon plus Metronidazol oral. Preise von 3.500 Euro für die komplette Therapie, im Voraus bezahlt, werden genannt. Bis jetzt habe jedoch nur ein einziges Mal eine Krankenkasse die Kosten erstattet. Verzweifelte Niederländer mit deutscher Therapieempfehlung beziehen die Medikamente privat aus der Türkei, weil sie ihr Hausarzt nicht verschreiben will. Elend, wohin man schaut.

Arznei gegen Depression wirkungslos

Mehr als 20 Jahre ist der Wirkstoff Reboxetin als Anti-Depressivum zugelassen und erst jetzt stellt das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) fest, dass ein Nutzen nicht nachzuweisen sei. Die Herstellerfirma wird vom IQWiG beschuldigt, klinische Studien darüber unter Verschluss gehalten zu haben.

©Baxter

BORRELIUS SPEKULIERT

Mal richtig die Meinung sagen, sich das Maul verbrennen, das darf Borrelius, der absolut unverantwortliche Rächer der Verratenen, die einzige Zecke auf unserer Seite.

MS-Prämie

Ich dachte immer, die Pharmaindustrie hätte kein Interesse an Borreliose. Falsch. Sie verdient nur leidlich an patentfreien Antibiotika, aber umso fetter an MS-Medikamenten. MS wie Multiple Sklerose. Bis zu 30.000 Euro darf ein Arzt pro Jahr einem MS-Kranken in den Rachen schütten, ohne dass die KV mit der Wimper zuckt. Dauertherapie. Ob es dem Borreliose-Patienten nützt oder nicht. Die Symptome sind eh ähnlich und die Unterschiede in der MRT kaum auszumachen. Von Borreliose wollen alle geheilt sein. Mit MS findet man sich ab. So stoppt man Ansprüche. Oberschlaue Gutachter. Alle verdienen blendend. Nur der Patient mit Borrelien im Hirn bleibt verzweifelt zurück.

Euer Borrelius

Foto: Fischer

Borreliose verstehen

von der Notwendigkeit eines differenzierten Einsatzes psychotherapeutischer Interventionen

Nur wer die tückische Infektionskrankheit auf tieferen Ebenen versteht, kann an ihrer Heilung mitwirken, das gilt für Betroffene und Behandler gleichermaßen. Die Borreliose kann als infektionsbedingte, Neurotoxine bildende Multisystemkrankheit nahezu alle peripheren und zentralen Nervenstrukturen des Körpers befallen. Eine Unterscheidung von Neuroborreliose und Borreliose kann im Einzelfall nicht sicher und ausschließlich getroffen werden. Auch wenn die Bemühungen groß sind, dementsprechende Richtlinien zu etablieren, stellen erfahrene und um die Borreliose engagierte Praktiker an Hand der klinischen Symptomatik Betroffener immer wieder fest, dass eine Nervenbeteiligung auch dann gegeben sein kann oder ist, wenn sich durch spezifische, nach Lumbalpunktion erhobene Laborparameter oder Bild gebende Verfahren kein klassischer Anhalt für eine solche finden lässt.

von Britta Lemke

Damit wäre exemplarisch ein wichtiger Punkt im Verständnis der Borreliose skizziert, der Verlauf und Behandlung der Krankheit entscheidend erschwert: Die Fähigkeit des Bakteriums zu vielfältigen Tarn- und Veränderungsmechanismen, die gängige Diagnoseverfahren schier auszuhebeln scheinen. Solange Behandler dies nicht konstatieren und am bisherigen Diagnose-Status-Quo festhalten, bleibt die Borreliose ihren Behandlern – und leider auch den betroffenen Menschen – immer eine Nasenlänge voraus.

So wie jeder Feldherr wusste, dass nur ein Erkennen und Verstehen der feindlichen Kampfstrategien und ein daran angepasstes eigenes Vorgehen den Weg zu einem möglichen Sieg ebnen, führt die Ignoranz der Tatsache, dass Borrelien – vorsichtig formuliert – scheinbar so etwas wie eine eigene Intelligenz besitzen, zu Stagnation und Leid. Nur wenn Behandler und Betroffene das Wesen der Zeckenkrankheit auf einer tiefen Ebene be-greifen, können therapeutische Ansätze jedweder Art **greifen**.

Die Behandlung und Heilung einer Borreliose ist wie Wellenreiten...

...sie benötigt Sensibilität, Engagement, Kreativität, Geduld, Ausdauer und ein echtes Miteinander zwischen Behandlern und betroffenen Patienten. Eine wirkungsvolle Behandlung muss immer auf verschiedenen Ebenen ansetzen, die idealerweise aufeinander abgestimmt sind. Essentiell wichtig ist dabei die Eigenverantwortung der Patienten: Betroffene sind aufgefordert, sich mit Entstehung, Verlauf und möglichen Behandlungsformen auseinanderzusetzen, um ihre Erkrankung verstehen zu lernen. Tun sie es nicht, so sind die Auswirkungen letztlich nicht heilungsförderlich.

Von der Borreliose kann man meiner Meinung nach – wie übrigens von den meisten schweren Erkrankungen – nicht geheilt **werden**. Man kann sich nur der steten Herausforderung stellen, zusammen mit kompetenten Behandlern aktiv an ihrer Heilung mitzuwirken.

Aus ganzheitlicher Sicht bietet jeder Mensch durch spezifische genetische oder lebensgeschichtliche Prägungen und Lebensformen einen Resonanzboden für die eine oder andere Krankheit. Ob und wie stark sich eine Erkrankung auf diesem Boden manifestieren kann, hängt wiederum von verschiedenen Umwelt-, Persönlichkeits- und Umgebungsfaktoren ab. Ohne dass einer bestehenden Krankheit dieser Nährboden (das Milieu) entzogen wird, ist Heilung aus ganzheitlicher Sicht kaum möglich, das gilt für das geistig-seelische Terrain ebenso wie für das körperliche Milieu.

Engagierte Behandler und Patienten müssen sich also eine detaillierte Kenntnis der körperlichen und seelisch-geistigen Ausgangssituation eines Borreliosebetroffenen verschaffen und neben der antibakteriellen Behandlung auch diese behandeln. Daneben gilt es die „Kampfmechanismen“ der Borreliose mehr und mehr zu verstehen und angesichts der keineswegs statischen, sondern sich ständig verändernden Mechanismen der Borrelien im Körper die Bereitschaft zu entwickeln, Behandlungsstrategien immer wieder zu modifizieren und zu verändern.

Borreliose und Psyche

Eine – akute oder chronische – (Neuro-) Borreliose kann bei Betroffenen neben den zahlreichen körperlichen Symptomen und Einschränkungen vielfältige, Psyche, Geist und damit Persönlichkeit, Wahrnehmung und Selbsterleben betreffende Veränderungen verursachen.

Im Rahmen einer Neuroborreliose häufig auftretende Symptome sind:

- Konzentrations- und Denkstörungen
- Gedächtnisstörungen (besonders des Kurzzeitgedächtnisses und des Namensgedächtnisses)
- Stimmungsschwankungen / Antriebsstörungen
- Gesteigerte Reizbarkeit bis unkontrollierbare Aggressionen (Impulskontrollstörung)
- Reiz- und Stressintoleranz
- Emotionale Labilität, psychovegetative Erschöpfung
- Hypervigilanz (übersteigerte Wachsamkeit)
- Angststörungen
- Zwangsstörungen
- Leichte, mittelgradige und schwere Depressionen (endogen und reaktiv aufgrund des hohen Symptomdrucks und sozialer Folgeerscheinungen)
- Persönlichkeitsveränderungen (meist im Sinne einer Verstärkung oder einseitigen Auslenkung bereits vorhandener Persönlichkeitsmerkmale)
- Manifeste psychotische Symptome
- pseudoneurotische Symptome

Besonders diese Symptome verändern Leben und Erleben Betroffener in verunsichernder Art und Weise. In Unkenntnis der tatsächlichen Krankheitsursache gelten Betroffene oft als psychisch krank – eine Diagnosesituation, der auch jene Betroffene vielfach ausgesetzt sind, bei denen die beschriebenen Symptome nach vermeintlich ausreichender Behandlung weiter persistieren.

Ein differenzierter Einsatz psychotherapeutischer oder psychopharmakologischer Interventionen tut Not.

Im ungünstigsten Fall finden psychotherapeutische oder psychopharmakologische Behandlungen statt, die die ursächliche Borrelioseerkrankung ignorieren und somit die innere Konfusion der Patienten, die ihrem hypervigilanten und oft unbeeinflussbaren Körper- und Geistempfinden hilflos gegenüber stehen, noch weiter verstärken.

Ähnlich ungünstig scheint der unkritische Einsatz des herrschenden New Age Paradigmas „Geist herrscht über Materie“ und eine psychotherapeutische oder psychopharmakologische Behandlung, die das Vorliegen einer Borreliose zwar konstatiert, diese jedoch einzig auf der psychisch-geistigen Ebene zu behandeln sucht. Denn: Neben der oben erwähnten, gebotenen Bereinigung des seelisch-geistigen Terrains ist die körperliche Behandlung der Bakterien- und Toxinbelastung immer notwendig. Eine Borrelioseinfektion entfaltet im Rahmen ihres Fortbestehens ein Eigenleben im Körper Betroffener, welche sich psychisch-geistigen Interventionen weitgehend entzieht. Es ist von unbedingter Notwendigkeit, dass behandelnde Psychotherapeuten und Psychiater Kenntnis entscheidender Verlaufsmechanismen einer Borreliose haben und das Innere Erleben betroffener Patienten verstehen können. Konkret:

Foto: Shutterstock

- Die unter einer Borreliose auftretenden **Angststörungen** sind pseudoneurotischer Art und von echten neurotischen Störungen abzugrenzen. Borreliose induzierte Angststörungen entstehen in der Regel aus einer toxischen Betroffenheit des vegetativen Nervensystems, welche sich der Einflussnahme durch verhaltenstherapeutische oder kognitive Angstbewältigungsstrategien durchaus entziehen kann. Signifikant zur Abgrenzung von echten neurotischen Angststörungen ist das Benennen Betroffener eines „Parallelempfindens“. So wird die eigene Angst meist nicht übereinstimmend zum sonstigen Persönlichkeits- und Situationsempfinden wahrgenommen, sondern als sich dem eigenen Willen und eigentlichen Empfinden entgegen stellend. „Ich habe Angst, aber sie gehört nicht zu mir“.

- **Vermeidungsstrategien und soziale Ängste** entstehen aus dem Umstand, dass die Belastbarkeit des eigenen Körpers uneinschätzbar ist, energetische Einbrüche und Symptome plötzlich, unerwartet und bedrohlich auftreten können – und zwar so, dass im Einzelfall sofortiger Rückzug oder auch die Inanspruchnahme von Hilfsleistungen anderer erforderlich ist (bei Schwindel nicht mehr Autofahren können …, die Verantwortung für den Babysitterjob nicht mehr übernehmen können …).

Solange die Borreliose im Körper aktiv ist, können solche Schübe immer wieder plötzlich und unter Umständen unvorstellbar heftig auftreten, ungeachtet vorheriger Latenzzeiten unterschiedlicher Länge, in denen Betroffene ihren Alltag scheinbar gesund und leistungsfähig absolvieren können.

Die Entwicklung sozialer Rückzugsstrategien und die Planung sozialer Aktivitäten mit doppeltem Boden („wenn ich ausfalle, ist da immer jemand im Hintergrund, der mich vertreten kann“) sind hier nicht als neurotisch und behandlungsbedürftig einzustufen, sondern eine intuitiv-gesunde Kompensationsstrategie. Ich lehre betroffene Patienten in meiner Praxis in solchen Fällen das Gleichnis verletzter Tiere, welche sich solange die Verletzung/Krankheit besteht, niemals aus dem oder weit vom eigenen Bau entfernen würden.

- Das Auftreten **affektiver** (die Gemütsverfassung betreffend) **Störungen** kann von Betroffenen meist sehr genau mit dem Aufflammen körperlicher Beschwerden/neuer „Giftschübe“ in Zusammenhang gebracht werden. Auch hier wird häufig ein Gefühl des „Fremden, sich meiner Bemächtigenden“ benannt. Dem erfahrenen Behandler fällt hier wieder, ähnlich wie bei den Angststörungen die Inkongruenz (Nichtübereinstimmung) zum sonstigen psychischen Befund, insbesondere die unauffällige Antriebslage und der nicht spürbare klassisch-depressive Leidensdruck auf.

Über 1 Million Demenzkranke in Deutschland

Eisern verweigert sich die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPM) der jährlichen Frage nach dem Thema Borreliose innerhalb ihrer angeblich „größten (8.000 Teilnehmer) wissenschaftlichen Psychiatrie-Tagung Europas“. Keine Antwort. Stattdessen appellierende Pressemitteilungen wie diese hier:

> „Treten Anzeichen einer einsetzenden Demenz-Erkrankung auf, so ist es wichtig, frühzeitig eine genaue psychiatrische Untersuchung vorzunehmen, damit der Betroffene optimal behandelt werden kann. Eine Alzheimer-Demenz beginnt meist schleichend mit Merkstörungen, Schwierigkeiten bei der Wortfindung, Verhaltensänderungen und nachlassender Aktivität. Diese Frühsymptome können auch im Rahmen einer Depression auftreten und sollten daher in einer eingehenden Untersuchung von einem Psychiater abgeklärt werden. Depressive Patienten können oftmals Gedächtnisprobleme detailliert beschreiben, während von einer Demenz Betroffene dazu neigen, diese Defizite zu überspielen.“

Und weiter:

> „In Deutschland leiden derzeit 1,1 Millionen Menschen an Demenz. Fünf bis zehn Prozent der Menschen über 65 Jahren sowie 30 bis 40 v.H. der über 80-Jährigen sind von der Erkrankung betroffen. Innerhalb der nächsten 20 Jahre wird sich diese Zahl verdoppeln, wenn in diesem Zeitraum keine wirksame Prävention und/oder Therapie gefunden wird.“

- **Zwangsgedanken und -symptome** haben sehr viel mildere Ausprägungen als manifeste, im ICD-10 beschriebene Störungen und treten meist nur als flüchtige „Inseln“ innerhalb der Gesamtsymptompalette auf. Sie sind in engerem Zusammenhang mit der durch die Neurotoxine veränderten Hirnchemie zu verstehen und in dieser Hinsicht selben Ursprungs wie das häufige Perseverieren (hartnäckiges Beharren seelischer Inhalte) von Borreliosebetroffenen. Kognitive Abläufe verlaufen hierbei – vermutlich durch Blockaden an entscheidenden Nervenrezeptoren – zwanghaft im Kreis und halten so auch emotionale Verhaftungen aufrecht.
- **Hypervigilanz und Wahrnehmungsverzerrungen** verunsichern Betroffene aufgrund der befürchteten Nähe zu psychotischen Erscheinungsformen zutiefst und werden meist nur in sehr geschütztem Rahmen offenbart. Hier braucht es Behandler, die über ein Verständnis der krankheitsbedingten, gesteigerten Sensibilität des gesamten Nervensystems verfügen und Betroffenen versichern können, dass diese Symptome innerhalb einer Borrelioseerkrankung nicht selten in diesem Sinne „normal“ sind und sich nach erfolgreicher Behandlung der Grunderkrankung wieder normalisieren, was für alle oben aufgeführte Symptome gilt.
- **Entspannungstherapeutische Ansätze** müssen Befindlichkeiten und Symptomlage der Patienten angemessen werden. Die Non-Compliance (Nichtbereitschaft) mancher Patienten in dieser Hinsicht darf hier nicht unkritisch als Widerstand interpretiert werden, sondern im Einzelfall wiederum als Ausdruck intuitiver Selbstfürsorge. Manche Borreliosepatienten sind mit bestimmten Entspannungshaltungen und -übungen oder Imaginationsübungen deshalb überfordert, weil der zur Verfügung stehende Grundenergiepool, die Anpassungsleistung von Körper und Geist, häufig schon mit der reinen Alltagsbewältigung ausgelastet ist. Wer beispielsweise ständig wechselnde Übelkeit, Schwindel, Gleichgewichtsstörungen und Erschöpfung kompensieren muss, um ein Minimum an persönlichem Funktionieren aufrecht zu erhalten, für den können Yogahaltungen oder Muskelrelaxationen im Stuhlkreis zu festgelegten Zeiten schlichtweg überfordernd sein und eine erzwungene Teilnahme die ungeheuer anstrengende Krankheits- und Alltagsbewältigung um ein Vielfaches erschweren.

Fazit: Psychotherapeutische Begleitung von Borreliosepatienten muss sich zwingend an den oben dargelegten Besonderheiten der Krankheit orientieren. Hier sind Behandler zu Fortbildung und aufgeschlossener Sensibilität aufgefordert und Patienten gegenüber Behandlern ihres Vertrauens zu vertrauensvoller Offenheit. Nur im Team können Behandler und Patient das Zusammenspiel von zu bereinigendem, krankheitsförderlichem Resonanzboden und hinderlichem Eigenleben der Borrelioseinfektion im eigenen Körper individuell verstehen, annehmen und behandeln. ■

Britta Lemke:
Die Autorin ist Heilpraktikerin (Psychotherapie) und arbeitet in ihrer Praxis schwerpunktmäßig mit Borreliosepatienten. Sie bietet auch Fortbildungen für interessierte psychotherapeutische Kollegen an.
www.selbstheilungstraining.de

Stempel „Psychisch krank“

Meine Krankheitsgeschichte ist eine persönliche, aber sie ist sicher kein Einzelfall.

Borreliose ist eine Krankheit mit vielen Gesichtern. Dies macht die Diagnose deshalb umso schwieriger. Ich selbst habe eine lange Odyssee hinter mich bringen müssen.

Für sehr lange Zeit galt ich „lediglich“ als psychisch krank. Irgendwann glaubt man es auch selbst. Man will es glauben, um seinen inneren Frieden zu finden. Hat man erst einmal den Stempel „psychisch krank“ erhalten, ist es schwierig einen Arzt zu finden, der einen ohne Vorbehalte untersucht.

Meine Symptomatik ist hauptsächlich neurologischer Natur. Dazu kommen Panikattacken und eine unbeschreibliche Angst. Ohne Vorwarnung entlädt sich die Angst in einem Weinkrampf. Wie ist so etwas möglich? Ein gesunder junger Mann wird binnen weniger Monate zu einem Wrack. Nachdem mein Hausarzt alle möglichen Test mit mir gemacht hat – Untersuchung der Schilddrüse, großes Blutbild und anderes – überweist er mich an einen Neurologen, um eine mögliche Multiple Sklerose (MS) auszuschließen. Es dauert sechs Wochen, bis ich dann endlich einen Termin beim Neurologen erhalte. Sechs Wochen Warten, Warten und nochmals Warten. Diese Wochen sind für mich schrecklich, die Schmerzen, dieses ständig wechselnde Brennen und Kribbeln in den Gliedmaßen ist unerträglich. Ich habe Muskelzuckungen am ganzen Körper. An Arbeit ist fast gar nicht mehr zu denken. Ich habe Schwierigkeiten beim Sehen. Teilweise ist vieles unscharf und oft kommt es vor, dass ich manche Dinge einfach doppelt sehe. Ich habe MS, ich spüre das. Die Symptome passen alle.

Der Termin beim Neurologen rückt immer näher und ich werde immer nervöser. Was ich aus heutiger Sicht zutiefst bedauere, ist der Satz: „Ich habe so große Angst, dass ich sterben muss.“ Diese Angst habe ich wirklich und ich sehe sehr schlecht aus zu diesem Zeitpunkt. Die schlaflosen Nächte hinterließen ihre Spuren. Nach der neurologischen Untersuchung ist dem Arzt klar: Ich habe keine MS. Generalisierte Angststörung. Puh, ich bin erleichtert, dass es keine MS ist, aber was die nächsten Wochen und Monate folgt, ist auch nicht besser. Antidepressiva. Beruhigungsmittel. An Arbeit ist für mich nicht mehr zu denken. Ich bin mittlerweile so sediert, das ich noch nicht einmal mehr klar denken kann. Jeden zweiten bis dritten Tag geht es wieder zum Neurologen, der die Dosis erhöht, um doch noch eine Wirkung mit den Medikamenten zu erzielen. Die Angst bleibt und die Schmerzen auch. Alles wird für mich zu einer Qual. Jeder Tag ist für mich die Hölle. Die meiste Zeit verbringe ich nur noch im Bett, meine Zuflucht in diesen Tagen.

Beim nächsten Termin fordere ich den Arzt auf, mich in die

Fotos: privat

von Dennis Dehne

neurologische Station eines Krankenhauses zu überweisen, denn mittlerweile ist mir klar geworden, dass eine organische Ursache für meine Symptome verantwortlich ist. Eine Überweisung erhalte ich und zwar für eine psychiatrische Einrichtung in der Nähe meines Heimatortes. Ich bin am Boden zerstört, schöpfe aber doch insgeheim Hoffnung, dass man vielleicht dort zu einem anderen Schluss kommen könnte. Diese Hoffnung löst sich sehr schnell in Luft auf, als ich erkenne, wo ich hier gelandet bin. Ich soll erst einmal drei Wochen bleiben und dann würde man weitersehen.

Ich erhalte ein Medikament, welches mir meine Angst nimmt. Ich zweifle wieder. Vielleicht ist wirklich nur deine Psyche krank? In Gesprächen versucht man mir Probleme einzureden, die so gar nicht existieren. Neben Gesprächen gibt es dann noch die Beschäftigungstherapie. Teilweise habe ich so starke Schmerzen, dass ich kaum laufen kann. Ich will mich nicht damit abfinden und versuche erneut den Vorstoß bei einer Visite. Ich bitte, nein ich flehe die Ärzte an, mich weiteren Untersuchungen zu unterziehen. Vergebens. Es gibt kein Vor oder Zurück mehr. Ich bin hier gefangen und an mir bleibt das Dogma des psychisch Kranken haften. Wie lange kann ein Mensch das noch aushalten. Ich will nicht mehr. Nicht mehr leben, obwohl ich einmal ein lebenslustiger junger Mann gewesen bin. Von dem ist nichts mehr übrig.

Mein Wille ist aber noch nicht ganz gebrochen und so entlasse ich mich nach zwei Wochen selbst aus der Psychiatrie. Beim Abschlussgespräch fällt ein Satz, den ich nie vergessen werde: „Herr Dehne, sie sind psychisch krank, darauf verwette ich meine Approbation." Die Wette ging ganz klar verloren. Ich werde entlassen mit der Diagnose „somatoforme Störung".

Wie soll es weitergehen, frage ich mich. Mein Vertrauen in die Ärzte habe ich restlos verloren. Dennoch suche ich mir als allererstes einen anderen Hausarzt, den ich bereits kenne, selber aber noch nie bei ihm Patient war. Über ihn erhalte ich auch einen Platz für eine Psychotherapie. Ich bin davon überzeugt, dass diese nichts bringen wird, dennoch besuche ich sie regelmäßig. Allmählich gehen mir jedoch die „Probleme" aus, über die ich sprechen könnte. Ich habe wirklich versucht, alles aus meinem tiefsten Inneren hervorzukramen, um eine Besserung zu erzielen, leider bleibt dieser Effekt jedoch aus.

Die Ängste bleiben und die Schmerzen auch. Auch an Arbeit ist weiterhin nicht zu denken. Parallel besorge ich mir Fachbücher über Neurologie und stöbere im Internet. Ich stoße wieder auf altbekannte Krankheiten. Die MS bleibt trotz alledem weiterhin mein Favorit. Es passt einfach alles. Die Sehstörungen, die Schmerzen in den Beinen. Nur auf mein Drängen erhalte ich einen Termin bei einem MS-Spezialisten. Dort die übliche Prozedur, neurologische Untersuchung mit Nervenleitgeschwindigkeit, und es wird zu meinem Erstaunen sogar eine MRT gemacht. Natürlich sind all diese Untersuchungen wieder umsonst. Es gibt nicht den geringsten Hinweis auf eine MS. Natürlich bin ich auf der einen Seite froh, auf der anderen Seite trete ich auf der Stelle. Ich weiß immer noch nicht, was mit mir los ist.

Durch einen glücklichen Zufall stoße ich im Internet auf einen Artikel über ein neues Medikament, ein neues Antidepressivum, das auch sehr gut gegen Schmerzen helfen soll. Ich lasse mir dieses Medikament verschreiben und tatsächlich, die Schmerzen wurden erträglicher. Auch mein psychischer Zustand stabilisiert sich. Die Angstattacken werden weniger und ich kann nun komplett auf das Medikament, das mir die Angst nehmen soll, verzichten. Dieses ist jedoch schwieriger als gedacht, weil man davon schnell abhängig wird.

Nachdem ich bereits drei Monate krank geschrieben war, kann ich Dank des neuen Medikamentes auch wieder arbeiten. Ich bin meinem Arbeitgeber sehr dankbar, dass er mich nie fallen ließ und immer hinter mir stand. Langsam nehme ich auch wieder am gesellschaftlichen Leben teil und knüpfe neue Kontakte. Eine Freundin überredet mich, sie zu einer Party zu begleiten, auf der ich eine junge Frau treffe. Wir kommen ins Gespräch und sie erzählt, mir, dass sie krank sei. Ihre Krankheit hat auch einen Namen, Borreliose.

Diese Begegnung ist der letzte Anstoß in die richtige Richtung. Im Internet finde ich eine Checkliste, viele der dort aufgelisteten Symptome habe ich auch. Sollte meine Suche ein Ende haben? Bin ich kein eingebildeter/psychisch Kranker, sondern leide ich tatsächlich an dieser Krankheit? An einen Zeckenstich kann ich mich tatsächlich erinnern. Dennoch finde ich lange nicht den Mut, einen weiteren Arzt zu konsultieren, da ich von dieser Berufsgruppe verständlicherweise schwer enttäuscht bin. Es vergehen weitere Monate und ein weiterer Zufall führt mich zum Ziel. Eine Borreliosespezialistin eröffnet in meiner Stadt ihre Praxis. Ich lasse mir einen Termin geben und bin davor schrecklich nervös.

Die Ärztin ist sehr nett und erstaunlicherweise scheint sie mir wirklich zu glauben. Die Ärzte vorher wollten mich alle nur auf irgend ein Abstellgleis schieben, sei es aus Unwissenheit, sei es aus Überarbeitung, sei es aus Ignoranz. Ein Bluttest soll Gewissheit schaffen. Zwar habe ich keine Antikörper im Blut, jedoch ist mein Immunsystem vollkommen downreguliert. Mein CD-57 Wert liegt zu dem Zeitpunkt unter 20. Mein Körper scheint gegen eine chronische Infektion zu kämpfen. Nach der ersten Therapie mit Antibiotika bessert sich mein Zustand rapide. Mein Immunsystem erholt sich ein wenig. Mit weiteren pflanzlichen Präparaten unterstütze ich dieses. Zwischenzeitlich habe ich Tage, an denen es mir gut geht, keine Schmerzen und vor allem meiner Psyche geht es bedeutend besser.

Zurzeit mache ich eine weitere Antibiotikatherapie, diesmal über sechs Wochen, es ist meine dritte. Eine Kombination aus zwei Medikamenten. Die ersten Tage sind zwar immer sehr schlimm, weil sich die Symptomatik verschlimmert, was aber auch ein gutes Zeichen ist, dass der Körper reagiert. Ich habe mittlerweile Hoffnung, eines Tages wieder ganz gesund zu werden.

Ich bin nicht mehr derselbe, wie vor der Erkrankung. Ich ärgere mich zum Beispiel nicht mehr über Kleinigkeiten. Was mich aber sehr ärgert ist, dass es bis heute für Menschen wie mich fast unmöglich ist, Gehör zu finden. Denn Borreliose gibt es ja nur in Bayern, wie mein damaliger Hausarzt einmal sagte. Für mich steht außer Frage, dass es in diesem Land Menschen gibt, denen nicht geholfen wird, weil sie nach gewissen Richtlinien ja gar nicht krank sind. Die deutsche Gesellschaft für Neurologie ist ein Beispiel dafür, wie es nicht laufen darf. ■

Neuropsychologische Aspekte zur Neuroborreliose

von Antje Büttner-Teleagă

Einleitung

Borreliose ist eine sehr vielgestaltige Infektionskrankheit, zumeist ausgelöst durch Borrelia burgdorferi bzw. Borrelien (bakterienähnliche Einzeller), mit denen manche Zecken infiziert sind. In seltenen Fällen soll sie jedoch auch von Insekten ausgelöst werden können[11] – ein Beweis für diese mittlerweile sehr umstrittene These seitens fachkundiger Vertreter eines biologischen Fachbereiches steht jedoch bis heute aus. Es wurden verschiedene Subspezien identifiert, denen wiederum verschiedene Krankheitsverläufe zugeordnet worden sind[15, 16]. Unter praktischen und klinischen Gesichtspunkten ist dieses jedoch unerheblich[17], da die Erkrankung aufgrund ihrer vielfältigen Symptomatik sowie der eingeschränkten diagnostischen Möglichkeiten schwierig zu behandeln ist.

Häufig kommt es nach der Übertragung des Erregers zunächst zu einer lokalen Hautinfektion an der Stichstelle, später dann in etwa 35 bis 50 Prozent der Fälle zu dem sogenannten Erythema migrans, das sich in der Regel nicht nur im Bereich des Einstichs befindet. Im weiteren Verlauf kann es durch seine hämatogene und lymphogene Verbreitung im gesamten Organismus zu einer Multiorganerkrankung kommen. Dazu zählen unter anderem Erkrankungen des Skelett-Muskel-Systems (zum Beispiel Gelenkentzündungen), kardiovaskuläre Erkrankungen wie Arrhythmien, Herzmuskelentzündungen sowie auf Grund der Erregerausbreitung entlang der peripheren Nerven und des Überwindens der sogenannten Blut-Liquor-Schranke Beeinträchtigungen bzw. Veränderungen des Nervensystems[3, 4, 5, 9, 10, 12, 13].

Die Veränderungen des Nervensystems können wiederum zu kognitiven, emotionalen und psychischen Instabilitäten und Erkrankungen führen sowie den Schlaf empfindlich beeinflussen und verschiedenartige Schlafstörungen, insbesondere Insomnie und **S**chlaf**b**ezogene **A**tmungs**s**törungen (SBAS), hervorrufen.

Aufgrund der Vielfältigkeit des Krankheitsbildes, der komplexen Symptomatik sowie des sehr unterschiedlichen Verlaufs sind eine gründliche Labor- und Zusatzdiagnostik sowie eine adäquate Behandlung und Nachsorge erforderlich. Die zur Neuroborreliose notwendige Diagnostik und Therapie sollte daher entsprechend dem unter Abbildung 1 dargestellten Flussschema erfolgen. Hierbei ist anzumerken, dass die aufgeführte Liquor Prozent-Untersuchung nur in besonderen Fällen erforderlich wird, denn erfahrungsgemäß lässt sich lediglich in zwanzig Prozent der Fälle mit klinisch gesicherter Neuroborreliose (die dann in der Regel auch serologisch als Borreliose bestätigt ist) ein positiver Nachweis im „Nervenwasser“ finden.

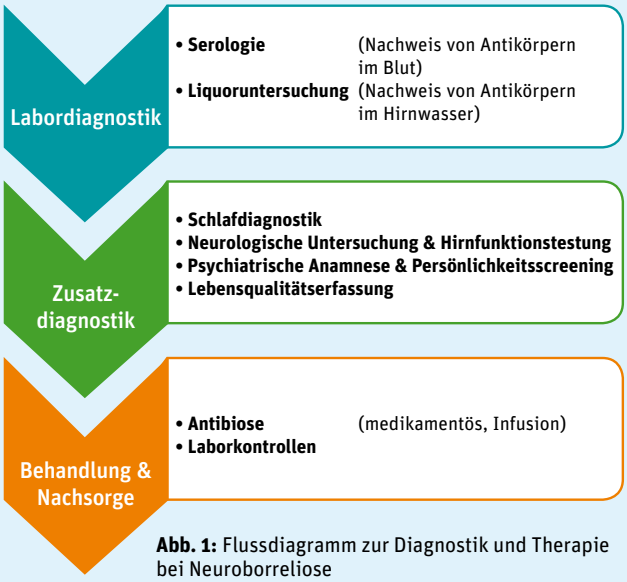


Abb. 1: Flussdiagramm zur Diagnostik und Therapie bei Neuroborreliose

Symptome & Erkrankungsverlauf [3, 9, 10, 12, 13]

Ein Teil der Infektionen verläuft asymptomatisch, in diesen Fällen wird eine Spontanheilung angenommen. Von den klinisch relevanten Infektionen gibt es zunächst nur in etwa 30 bis maximal 50 Prozent symptomatische Anzeichen wie Wanderröte (Erythema migrans), Lymphozytom, neurologische Defizite etc.

Borreliose-Erkrankungen wurden traditionell in verschiedene Stadien (Tab. 1) eingeteilt, wobei für diese Stadien kein festes Zeitschema existierte. Es handelte sich eher um unterschiedliche symptomatische und insbesondere im Labor nachweisbare serologische Ausprägungen, die zeitlich schnell (innerhalb von Tagen) oder auch sehr langsam (innerhalb von Jahren) ineinander übergehen können, wobei nicht alle Stadien auftreten müssen.

Unter dem Gesichtspunkt praktischer klinischer Anwendung entwickelte sich später eine ähnlich strukturierte, alternative Stadieneinteilung (Tab. 2)

Folgende neurologische Erkrankungen können bei akuter Neuroborreliose auftreten: Enzephalitis, Enzephalomyelitis, Meningitis, Meningoenzephalitis, Myelitis, Neuroradikulitis (Bannwarth-Syndrom), isolierter Hirnnervenbefall (kraniale Neuritis, zum Beispiel Facialisparese, Parese von Augenmuskelnerven), akute Polyneuropathie. Es wird vermutet, dass die Ausfälle oder Funktionsstörungen der Hirnnerven als Folge peripherer Läsionen entstehen können.

Außer diesen neurologischen Erkrankungen kann es weiterhin zu kognitiven Hirnleistungsstörungen, mentalen Störungen und/oder Schlafstörungen kommen. Die neurologische Symptomatik auf Grund der Hirnnervenschädigung bei Neuroborreliose ist in Abbildung 2 aufgelistet.

Teilweise werden auch neurodegenerative Erkrankungen (wie M. Alzheimer, M. Parkinson usw.) in einen pathophysiologischen Zusammenhang mit Neuroborreliose gebracht.

Diagnose bei Borreliose[6]

Nach einem Zeckenstich erkranken 0,1 bzw. 0,5 Prozent[2] der Bevölkerung an Borreliose. Obwohl ein Großteil der Infektionen meist harmlos verläuft, erkranken etwa 15 bis 20 Prozent der Infizierten ernsthaft.

Während in den Stadien 1 und 2 eine Borrelien-Serologie in der Regel positiv ist, findet sich dies im Stadium 3 häufig nicht mehr. Die Borrelien ziehen ins Gewebe, in die Gelenke sowie in das Nervensystem und sind oft in abgewandelter Form (Oberflächenmodifikation) im Inneren von Körperzellen zu finden.

Tab. 1: Traditionelle Stadieneinteilung

	Behandelbarkeit	Nachweis	Symptomatik
Stadium 1	früh lokalisierte & gut behandelbare Borreliose	Nachweis im Blut	Wanderröte (Erythema migrans); zusätzlich unspezifische, grippeähnliche Symptome wie Fieber, Bindehautentzündung, Kopf- und Muskelschmerzen, Gelenkentzündung & Lymphknotenschwellungen
Stadium 2	früh disseminierte & noch gut behandelbare Borreliose	Nachweis im Blut	Nervenerkrankungen (z.B. faziale & periphere Neuropathien) oder Polyneuropathien (z. B. Bannwarth-Syndrom); weiterhin Schwellungen der Lymphknoten, Lähmungen und Gefühlsstörungen, Herzmuskel- oder Herzbeutelentzündung, rötlichen Hauttumoren (sehr selten)
Stadium 3	„chronische" Borreliose (Spätmanifestation) & schlecht behandelbare Borreliose	Nachweis im Liquor	Beschwerden sehr vielfältig: neurologische Erkrankungen und Veränderungen (Überschreiten der Blut-Hirn-Schranke durch Borrelien), Lyme-Arthritis, Myocarditis, Augenprobleme, Hautveränderungen (z.B. Acrodermatitis chronica atrophicans Herxheimer)
Stadium 4 (?)	sog. Post-Lyme-Syndrom		Dieses soll nach einer behandelten Borreliose auftreten können. Seine Existenz ist jedoch fraglich, da unklar ist, ob die Wiederkehr behandelter Beschwerden eine Borreliose-Reaktivierung ist oder eine verselbständigte Immunreaktion

Für den **Nachweis über die Immunantwort** sind zwei Prinzipien verfügbar:

1. Antikörper-Suchtests

ELISA

Standardtest, mit dem 70 bis 80 Prozent der Infektionen erkannt werden. Dieser Test kann aber nicht differenzieren, ob aktive oder passive Borrelien im Körper vorhanden sind, da die Antikörper auch Jahre nach einer Infektion noch vorhanden sein können.

Western-Blot

Test zur genaueren Spezifizierung der Antikörper. Seine Aussagen sind allerdings ebenfalls nicht immer sehr sicher, auch abhängig von der Qualität der Labore.

2. Untersuchungen der zellulären Immunantwort

LTT

Die Untersuchung der zellulären Immunantwort im LTT-Test (Lymphozyten-Transformations-Test) ist technisch sehr schwierig. Als Auswertung

Tab. 2: Alternative Stadieneinteilung

	Zeitpunkt & Behandelbarkeit	Nachweis	Symptomatik
Frühstadium	vier Wochen nach Infektion & gut behandelbar	serologische Befunde bei Erstinfektion frühestens nach 4 Wochen	• Erstmanifestation (EM) mit oder ohne Begleitsymptome • 50 bis 70 Prozent • Erythem, grippeähnliche Allgemeinsymptome, Lymphozytom
Frühstadium nach Dissemination			EM und multiple Organmanifestationen nach Erregerverbreitung
Lyme-Krankheit	einige Wochen oder Monate nach Infektion & stationäre Diagnostik + Behandlung	serologischen Befunde meist pathologisch	schwerer, akuter Krankheitszustand mit verschiedenen Organmanifestationen (= Stadium 2),
akute Lyme-Neuroborreliose			akute Erkrankung im Bereich des Nervensystems[1] mit oder ohne sonstige Symptome einer akuten Lyme-Krankheit
chronische Lyme-(Neuro)-Borreliose	über Jahre oder Jahrzehnte		Multiorganerkrankung mit Schüben und beschwerdeärmeren bzw. teils beschwerdefreien Intervallen, einschließlich chronischer Lyme-Neuroborreliose

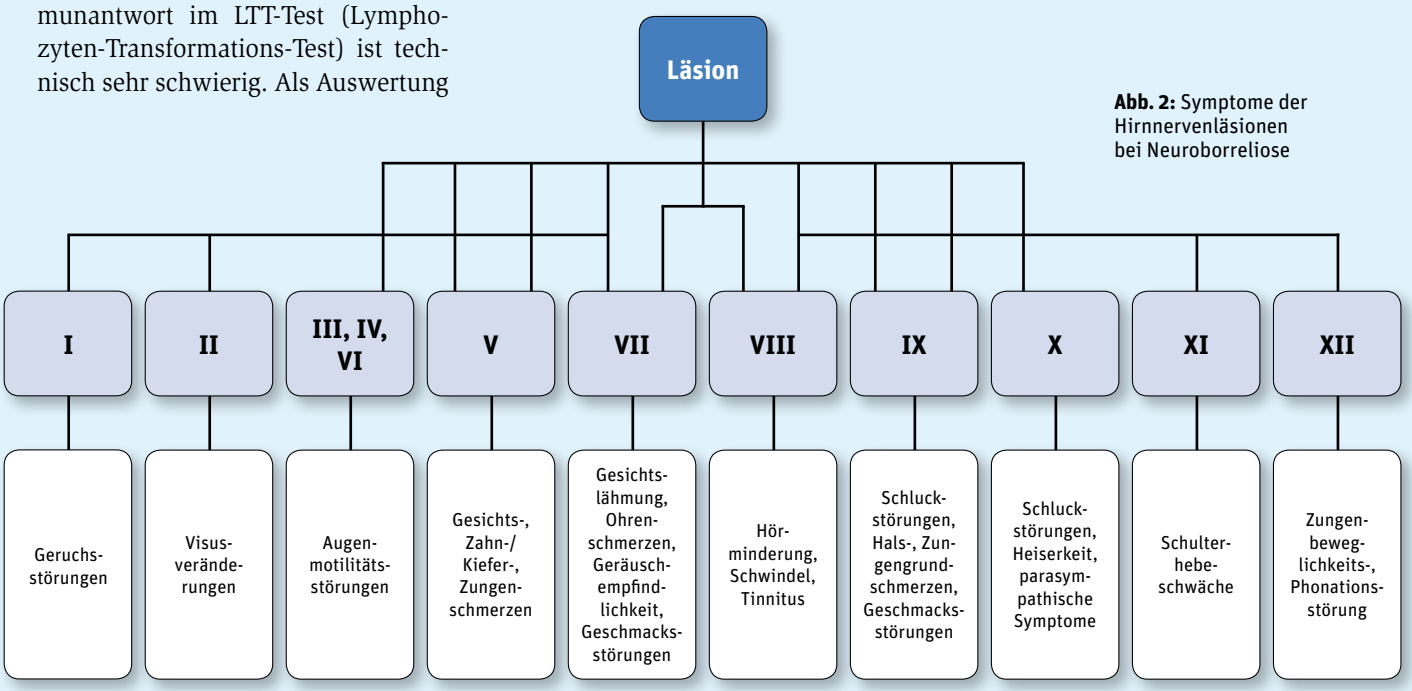


Abb. 2: Symptome der Hirnnervenläsionen bei Neuroborreliose

können entweder die eigentliche Zellvermehrung

oder im

ELISPOT-LTT

die ausgeschütteten Zytokine (ELISPOT-LTT) bewertet werden.

Hintergrund des Prinzips der Immunabwehr sind die beiden „Abwehrmöglichkeiten“ des Körpers. Der schneller verfügbare Mechanismus ist die Abwehr der Erreger mittels der stets vorhandenen Granulozyten (weißen Blutkörperchen). Seine Wirksamkeit ist allerdings eingeschränkt, da er unspezifisch und somit nicht auf bestimmte Erreger „programmiert“ ist. Zur Entwicklung des spezifischen, d.h. des auf bestimmte Erreger abgestimmten Mechanismus benötigt der Körper länger (Tage bis Wochen). Dabei werden spezifische Lymphozyten, die wiederum zur Erzeugung von spezifischen Antikörpern (Proteinen) beitragen, gebildet.

Therapie bei Borreliose [2, 6]

Neben den diversen antibiotischen Therapien, die nach Stadium, spezifischer Anamnese des Patienten, individuellem Krankheitsverlauf ausgewählt und verabreicht werden müssen (siehe auch Empfehlungen der „Deutschen Borreliose-Gesellschaft e.V.“), gibt es eine Reihe von ergänzenden Therapieangeboten. Diese müssen ebenfalls individuell und für den Patienten und seine ihn betreffende Symptomatik spezifisch ausgewählt werden. Dazu zählen unter anderem

- Physiotherapie
- Ergotherapie
- Hyperthermie
- regelmäßiger Sport in einer bestimmten – das Immunsystem unterstützenden – Ausführung
- Vitamine zur Unterstützung des Immunsystems (B1, B6, B12, Folsäure)
- sonstige Nahrungsergänzungsstoffe
- Akupunktur zur Stimulierung schmerzhemmender Nervenbahnen.

Das auf Grund von Neuroborreliose veränderte bzw. beeinträchtigte Nervensystem kann, wie bereits beschrieben, kognitive, emotionale und psychische Erkrankungen sowie verschiedenartige Schlafstörungen hervorrufen, die wiederum spezifisch behandelt werden sollten.

Entwickelt sich aus der Borreliose eine Neuroborreliose, das heißt es kommt zu Veränderungen bzw. Beeinträchtigungen des Nervensystems, sollten bei der weiteren Diagnostik und Behandlung unbedingt die unter Abbildung 3 dargestellten Bereiche mit untersucht und selbstverständlich auch mitbehandelt werden.

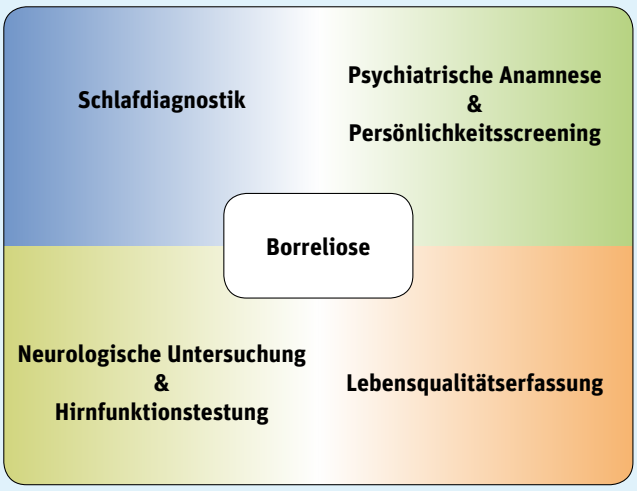


Abb. 3: Komponenten der Neuroborreliosediagnostik

Neuropsychologische Untersuchungen

In die neuropsychologische Diagnostik bei Neuroborreliose sollten folgende Bereiche einbezogen werden:

- ggf. Orientierung (zur Person, Ort, Zeit und Situation)
- Aufmerksamkeit und Konzentration
- Kommunikationsfähigkeit und Sozialverhalten
- ggf. Exekutive Funktionen (Problemlösen, Handlungsplanung)
- Gedächtnis und Lernleistungen
- Umgang mit Zahlen und Rechenfähigkeit
- ggf. Visuelle Wahrnehmung (Gesichtsfeld, Neglect)
- Visuoperzeptive, -kognitive und -konstruktive Fähigkeiten
- Psychische Befindlichkeit (Depression, Angst, Krankheitsverarbeitung etc.)
- Persönlichkeit
- Verhalten (Impulsivität, aggressive Tendenzen etc.)
- Schlafqualität, ggf. Evaluierung von Schlafstörungen
- Lebensqualität.

In Tabelle 3 werden die notwendigen Untersuchungsbereiche, ihre Testverfahren bzw. Untersuchungsmethoden sowie der Notwendigkeitsgrad dargestellt.

Im Folgenden werden die wichtigsten Untersuchungsmethoden kurz beschrieben:

- Der **Aufmerksamkeits-Belastungstest d2** (Brickenkamp, 1962) beurteilt die selektive Aufmerksamkeit und damit die Fähigkeit zur aufmerksamkeitsgesteuerten Auswahl von Reizen und Reaktionen und kommt damit dem Konzept der Konzentrationsfähigkeit nahe. Mit der Variable GZ (Gesamtleistung) wird das Leistungsniveau in Abhängigkeit von der Bearbeitungsgeschwindigkeit beurteilt, das Maß F% erfasst die Bearbeitungsgenauigkeit und die Variable GZ-F fasst die Gesamttestleistung zusammen.
- Der **Trail Making Test A (TMT-A)** (Reitan, 1958) misst die Geschwindigkeit, die benötigt wird, um bestimmte Reize psychomotorisch zu verarbeiten.
- Der **Trail Making Test B (TMT-B)** (Reitan, 1958) misst die Fähigkeit, verschiedenartige Reize (z.B. akustische und visuelle) gleichzeitig zu fokussieren und verarbeiten zu können.
- Das **Nürnberger Altersinventar-Zahlen Nachsprechen (NAI-ZN)** (Oswald & Fleischmann, 3. Aufl., 1982) besteht aus zwei Teilen. ZN-vorwärts, die sogenannte Merkspanne, erfasst, wie viel Informationen von Gedächtnis aufgenommen werden können. ZN-rückwärts misst das unmittelbare Behalten von Informationen im Kurzzeitgedächtnis und daher die Arbeitsgedächtnis-Leistung.
- Der **Rivermead Behavioural Memory Test (RBMT)** (Wilson, 1989) ist ein klinisches Testinstrument zur Erfassung alltäglicher Gedächtnisstörungen. Es ist klar strukturiert und kulturunabhängig. In den neuropsychologischen Untersuchungen wird in der Regel nur der Test *Nacherzählen von Geschichten*, der die kurz- und mittelfristige verbale Erinnerungsfähigkeit überprüft, verwendet.
- Der **Mehrfachwahl-Wortschatz-Intelligenztest (MWT-B)** (Lehrl, 1991) erfasst die prämorbide intellektuelle Leistungsfähigkeit, indem er zwei psychische Funktionsgefüge anspricht:

1. Bekanntes wiedererkennen
2. Bekanntes von Unbekanntem unterscheiden.

- Mit **Hilfe des Benton-Tests** (Benton, 1974) können Störungen in der Leistungsfähigkeit der visuellen Merkfähigkeit festgestellt werden, die zumeist auf Hirnverletzungen oder Hirnerkrankungen hinweisen (Brickenkamp, 1997, S. 876), das heißt er ermöglicht die Feststellung einer hirnorganisch erworbenen Störung der Intelligenzfunktion.
- **Verhaltensbeobachtung** ist eine Methode zur Gewinnung diagnostischer Daten, die dann sinnvoll ist, wenn beim/bei der Klienten/in ein außergewöhnliches Verhalten wahrnehmbar ist.
- Die **Symptom-Check-Liste (SCL-90-R)** (dt. Version: Franke, 1995; nach: Derogatis, 1986) misst die subjektiv empfundene Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome einer Person innerhalb eines Zeitraumes von sieben Tagen. Die 90 Items der neun Skalen beschreiben die Bereiche *Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität / Feindseligkeit, Phobische Angst, Paranoides Denken und Psychotizismus*. Drei Globale Kennwerte geben Auskunft über das Antwortverhalten bei allen Items. Der GSI misst die grundsätzliche psychische Belastung, der PSDI misst die Intensität der Antworten und der PST gibt Auskunft über die Anzahl der Symptome, bei denen eine Belastung vorliegt.
- Das **Diagnostische Interview bei Psychischen Störungen (DIPS)** (Schneider & Margraf, 1994) ist ein strukturiertes Interview zur Klassifikation psychischer Störungen, das außerdem noch therapierelevante Informationen erfasst, die zum Verständnis der Störungen von großer Bedeutung sind und die unmittelbar zur Planung therapeutischer Interventionen herangezogen werden können.
- Das **Beck Depressions-Inventar (BDI)** (von Beck) ist ein vollstandardisiertes Selbstbeurteilungsverfahren. Es enthält zu 21 depressiven Symptomen je vier als Selbstaussagen formulierte Items, die in aufsteigender Folge die zunehmende depressive Stimmungslage repräsentieren.

Tab. 3: Neuropsychologische Untersuchung bei Neuroborreliose, Testverfahren und Notwendigkeit

Neuropsychologischer Bereich	Unterbereiche	Testverfahren / Untersuchungsmethoden	Untersuchungsnotwendigkeit bei Neuroborreliose
Orientierung	Person	MMST-Orientierung	ggf.
	Ort		
	Zeit		
	Situation	Anamnese	
Aufmerksamkeit & Konzentration	Verarbeitungsgeschwindigkeit	TMT-A, ZVT	dringend erforderlich
	Selektive Aufmerksamkeit	d2, AKT	
	Geteilte Aufmerksamkeit	TMT-B	
	Vigilanz	Carda, TAP-Vigilanz	Gutachten
	Daueraufmerksamkeit	Carsim, TAP-Daueraufmerksamkeit	
Kommunikationsfähigkeit & Sozialverhalten		Anamnese	erforderlich
		Verhaltensbeobachtung	
Exekutive Funktionen	Problemlösen	Türme von Hanoi Turm von London	ggf.
	Handlungsplanung	Assessment-Center	
Gedächtnis & Lernleistungen	Merkspanne	NAI-ZN-v	dringend erforderlich
	Arbeitsgedächtnis	NAI-ZN-r	
	Merkfähigkeit	RBMT-Geschichte	
	Wortflüssigkeit	Wortfindung (Tiere, F)	erforderlich
	IQ prämobid	MWT-B	Gutachten
	IQ postmorbid	Benton-Test	
Umgang mit Zahlen & Rechenfähigkeit		MMST-Rechnen	erforderlich
Visuelle Wahrnehmung	Gesichtsfeld	Fingertest, TAP-Gesichtsfeld	ggf.
	Neglect	NET	
Visuoperzeptive, -kognitive & -konstruktive Fähigkeiten		MMST-Figur	erforderlich
		Rey-Figur	Gutachten
Psychische Befindlichkeit	allgemein	SCL-90	Gutachten
	Krankheitsbilder	DIPS, SKID	
	Depression	BDI, HADS-D	dringend erforderlich
	Angst	STAI, HADS-A	
	Schmerzen	Schmerzanamnese-Skala Teil 1 & 2	
	Krankheitsverarbeitung	Anamnese	
		FKV	Gutachten
Persönlichkeit	allgemein	FPI-R	dringend erforderlich
	Hypochondrie	KGAI	erforderlich
Verhalten (Impulsivität, aggressive Tendenzen etc.)		Anamnese	erforderlich
		Verhaltensbeobachtung	
Schlafqualität, ggf. Evaluierung von Schlafstörungen	Schlafqualität	PSQI	dringend erforderlich
	Insomnie	SF-B, ISI	
	SBAS	SBAS-Fb, ESS, MicroMESAM	
	Narkolepsie	Narkolepsie-Checkliste	erforderlich
	RLS	IRLS	
Lebensqualität	bereichsspezifisch	MLDL-Z , SF-36	erforderlich

- Die **Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)** (Herrmann-Lingen, 1995) ist ein kurzer Selbstbeurteilungsfragebogen zu Erfassung von Angst und Depressivität. Sie wird zumeist als Screening-Instrument eingesetzt.
- Das **State-Trait-Angstinventar (STAI)** (Laux, 1981) wird zumeist im klinischen Bereich und in der experimentellen Angst- und Stressforschung eingesetzt. Es basiert auf der Unterscheidung von Angst als Zustand und Angst als Eigenschaft. Angst als relativ überdauerndes Persönlichkeitsmerkmal (Trait-Angst, Ängstlichkeit) bezieht sich auf individuelle Unterschiede in der Neigung zu Angstreaktionen. Angst als vorübergehender emotionaler Zustand variiert in seiner Intensität über Zeit und Situation (State-Angst). Die beiden 20 Item-Skalen dienen somit der Erfassung von Angst als Zustand (State-Angst) und Angst als Eigenschaft (Trait-Angst).
- Die **Schmerzanamnese-Skala** (Teil 1 & 2) besteht aus zwei Teilen, von denen der erste demographische Angaben erhebt, der zweite eine Schmerzanamnese beinhaltet. Die Schmerzanamnese erfasst an Hand einer Selbstbeurteilung zwölf Fragekomplexe: *Ort, Dauer, Stärke & Auslöser* der Schmerzen, das *Krankheitsmodell, Modifizierende Faktoren, Coping-Möglichkeiten, Medikation, Hypochondrie, Somatisierung, Renten-Wunsch, Erwerbsfähigkeit.*
- Das **Freiburger Persönlichkeits-Inventar (FPI-R)** (Fahrenberg, 1970 & 1994) ist ein standardisiertes Selbstbeurteilungs-instrument, das faktoren- und itemanalytisch mehrdimensionale individuelle Persönlichkeitsstrukturen erfasst. Es besteht aus zehn Standardskalen und zwei Sekundärskalen.
- Das **Kurze Gesundheitsangst-Inventar (KGAI)** ist ein Hypochondrie-Fragebogen, der eine Übersetzung und validierte Version des englischen ***Shortened Health Anxiety Inventory (SHAI)*** ist.
  SHAI (Salkovskis, Rimes, Warwick & Clark, 2002) ist ein Instrument zur Selbsteinschätzung der Gesundheitsangst von wenig Besorgnis bis zu Hypochondrie. Der Fragebogen schließt alle im DSM-IV (1994) definierten klinischen Symptome der Hypochondrie ein und differenziert zwischen Menschen mit Gesundheitsangst und Menschen mit medizinischen Krankheiten, die nicht exzessiv über ihre Gesundheit besorgt sind.
- Der **Pittsburger Schlafqualitäts-Index (PSQI)** (Buysse, 1984) dient zur Erfassung und Quantifizierung subjektiv berichteter Schlaf- und Wachzustands-Verhaltensweisen. Er erfasst mit zehn verschiedenen Skalen unter anderem die Einschlaf- und die Aufwachzeit, die effektive Schlafzeit, das nächtliche Aufwachen, die Einschlaflatenzen, die Tagesmüdigkeit sowie nächtliche Atembeschwerden.
- Der **Schlaffragebogen-B (SF-B)** (Görtelmeyer, 1981 & 1985) erhebt anhand einer Selbstbeurteilung (29 Items) bestimmte Tagesereignisse, Schlafgewohnheiten, die Schlafqualität sowie die Befindlichkeit vor dem Schlafgehen und nach dem morgendlichen Aufwachen und evaluiert damit ggf. eine Insomnie.
- Der **SBAS-Fragebogen** (Büttner, 2005) dient dem Vor-Screening eines Schlafapnoe-Syndroms. Er erfasst die vorhandene klinische Symptomatik (Schnarchen, Tagesmüdigkeit, unfreiwilliges Einschlafen am Tage, nächtliches Erwachen mit/ohne Dyspnoe und/oder Palpitationen, Nykturie, morgendlichen Kopfschmerzen und/oder Schlaftrunkenheit, eingeschränkter psychischer und/oder physischer Leistungsfähigkeit) sowie kardiologische, vaskuläre, metabolische und neurologische Vorerkrankungen.
- **Checkliste Narkolepsie** (Karl-Hansen-Klinik / Bad Lippspringe, 2006) ist ein Screening-Instrument zur Erfassung der klinischen Narkolepsie-Symptomatik. Der Fragenbogen enthält zehn Items, die mit ja oder nein zu beantworten sind.
- **International Restless Leg Scale (IRLS)** (Allen, 2003) erfasst mittels eines Fragebogens den subjektiven Schweregrad eines eventuell vorhandenen Restless Leg Syndroms. Das Verfahren ist nur als Screening-Instrument geeignet.
- Mit **microMESAM®** (MAP) wird großflächige Identifizierung bislang unerkannter Schlafapnoe-Patienten ermöglicht. Ein spezieller Sensor zeichnet alle relevanten Daten über die Atmung auf, das heißt das Gerät zeichnet den nasalen Atmungsdruck eines Patienten während des Schlafes auf. Am nächsten Morgen kann die Aufzeichnung am praxiseigenen PC ausgewertet werden und auf Grund der Testergebnisse festgestellt werden, ob eine klinische Dia-

Schizophrenie?

Auszug: Beschrieben wird eine symptomatische, borrelieninduzierte Psychose mit ausschließlich psychopathologischer, klinisch im Querschnittsbild nicht von einer Schizophrenie differenzierbarer Symptomatik. Unter antibiotischer Behandlung mit Ceftriaxon remittierte die paranoid-halluzinatorische Symptomatik innerhalb einer Woche vollständig, mündete jedoch in ein blandes hirnorganisches Psychosyndrom. Der Fall zeigt die ätiologische Unspezifität des paranoid-halluzinatorischen Syndroms und verweist auf die Notwendigkeit sorgfältiger Zusatzdiagnostik bei psychotischen Erstmanifestationen.

Der Nervenarzt KOO6, 1991: W. Barnett et al, Psychiatrische und Neurologische Universitätskliniken Heidelberg

Glossar

affektiv	gefühlsbetont
Dyspnoe	Atmen mit Atemnot
Dissemination	Streuung, Verteilung
Enzephalitis	Gehirnentzündung
Enzephalomyelitis	Entzündung von Gehirn und Rückenmark
Fazialisparese	Gesichtsnervlähmung
Insomnie	Schlaflosigkeit
Meningitis	Hirnhautentzündung
Meningoenzephalitis	Entzündung von Gehirn und Hirnhäuten
Myelitis	Entzündung des Rückenmarks
Narkolepsie	Schlafzwang am Tag
Neglect	Aufmerksamkeitsstörung
Neuropathien	Nichtentzündliche Nervenerkrankung
Neuroradikulitis	Nervenwurzelentzündung
Parese	leichte Lähmung
prämorbide	vor Krankheitsausbruch
Vigilanz	Aufmerksamkeit
Visus	Sehschärfe
Visuoperzeptiv	visuell-räumliche Wahrnehmung

gnose oder eine Polysomnographie in einem Schlaflabor notwendig ist.

- Die **Epworth Sleepiness Scale (ESS)** (Johns 1991) erhebt anhand einer Selbstbeurteilung die Wahrscheinlichkeit des Einnickens in bestimmten Situationen tagsüber. Sie umfasst acht Fragen bzw. Items zur Tagesmüdigkeit (zum Beispiel im Sitzen, beim Fernsehen oder beim Autofahren). Die Gewichtung der Antworten erfolgt anhand codierter Antwortkategorien, deren Beurteilung mit einem vierstufigen Häufigkeitsurteil (Skala von 0 bis 3). Die gewichteten Itemantworten werden dann zu einem Summenwert addiert.

Korrespondenzadresse:
Prof. Dr.
A. Büttner-Teleagă[1, 2]

1 Woosuk University, 565-701 Samrey-up, Wanju-gun, Jeonbuk, South Korea
2 Institut für Kognitive Wissenschaft, 565-701 Samrey-up, Wanju-gun, Jeonbuk, South Korea, Tel. 0082-63-290-1232, E-Mail: antja18b@yahoo.com.
(früher: Heinrich Mann Klinik Bad Liebenstein, Maternus-Klinik Bad Oeynhausen)

Alle positiv gescreenten Schlaferkrankungen müssen mittels Polysomnographie (PSG) im Schlaflabor abgeklärt werden!

- Die **Münchner Lebensqualitäts-Dimensionen-Liste / Skala Zufriedenheit (MLDL-Z)** (Bullinger, 1991) dient der Erfassung der multidimensionalen Erfassung der Lebensqualität. Sie erfasst 19 Dimensionen der Lebensqualität, die zu vier übergeordneten Kategorien zusammengefasst sind.
- Die **Short Form-36 from Health Survey (SF-36)** (Shneerson & Smith, 1995; Bullinger, 1995) erfasst verschiedene Bereiche der Lebensqualität. Der Fragebogen untersucht die Auswirkungen von Krankheit und Behandlung auf den subjektiven Gesundheitszustand und die gesundheitsbezogene Lebensqualität. Sie besteht aus acht Subskalen, die wesentliche Bereiche der Lebensqualität erfassen sollen.

In den Jahren 2004 bis 2009 führten wir erstmals systematische klinische Studien zum Bereich Neuroborreliose und Psychologie / Neuropsychologie durch.

Da Neuroborreliose zu den verschiedensten Ausfällen im (neuro)kognitiven und affektiven Bereich führen kann, war es Ziel unserer Untersuchungen, einen Zusammenhang von Neuroborreliose, Hirnfunktions-, Schlaf- und affektiven Störungen zu untersuchen.

In die Studien wurden sukzessiv Patienten mit Neuroborreliose der Heinrich Mann Klinik in Bad Liebenstein und der Maternus-Klinik in Bad Oeynhausen eingeschlossen. Die Patienten wurden bei ihrer Aufnahme in die Klinik neurologisch und neuropsychologisch untersucht. Die Studienteilnehmer durften keine schwerwiegenden psychiatrischen Erkrankungen aufweisen.

Des Weiteren erfolgten eine (neuro) kognitive und eine affektive Untersuchung sowie eine Schlafanamnese. Weiterhin musste im Rahmen der Anamnese ein spezieller SBAS-Fragebogen ausgefüllt werden; anschließend wurden die Patienten mittels MicroMesam (MAP) gescreent. Abschließend wurde die bereichsspezifische Lebensqualität erhoben.

Bisher wurden insgesamt etwa 100 Borreliose-Patienten (neuro)kognitiv, affektiv und schlafanamnestisch untersucht. ■

Noch erhältlich:
Borreliose Wissen aktuell
Nr. 18 **Neuroborreliose**

Literaturverzeichnis

1 **Auwaerter PG. Point:** Antibiotic Therapy Is Not the Answer for Patients with Persisting Symptoms Attributable to Lyme Disease. IDSA Lecture. Clinical Infectious Diseases 2007; 45: 143-148.
2 **Berghoff, W.** Häufigkeit der Lyme-Borreliose in der Bundesrepublik Deutschland. http://www.praxis-berghoff.de/dokumente/haeufigkeit_der_borreliose_in_der_brd.pdf, 2008
3 **Borreliose – Information – Home.htm**, http://www.zecken-borreliose.de/
4 **Büttner A, Bennefeld H, Rühle K-H, Beine K-H.** Prävalenz des Obstruktiven Schlafapnoe-Syndroms (OSAS) und seine Komorbiditäten bei neurologischen Patienten. Somnologie 2006; 10 (Suppl. 1): 8.
5 **Büttner A, Bennefeld H, Rühle K-H, Beine K-H.** Sleep apnea syndrome. Prevalence and comorbidities in neurologic patients. Sleep Medicine 2007; 8 (Suppl.1): 49.
6 **Gebhardt W.** Borreliose und andere zeckenübertragbare Erkrankungen – Diagnose und Verlaufskontrolle der Infektion. Vortrag, Ulm, 19.11.2004.
7 **Hassler D.,** Klinik und Therapie der Lyme-Borreliose, 1997, http://www.rzuser.uni-heidelberg.de/~cn6/zecken/hassler.htm.
8 **Kraus K.** Borreliose und andere zeckenübertragbare Erkrankungen – Therapiestrategien. Vortrag, Ulm, 19.11.2004.
9 **Larisch K.** Borreliose. www.netdoktor.de/krankheiten/fakta/borreliose.htm.
10 **Lyme-Borreliose**, Wikipedia, http://de.wikipedia.org/wiki/Lyme-Borreliose.
11 **Magnarelli LA et al.** The etiologic agent of Lyme disase in deer flies, horse flies and mosquitoes. J Infect Dis 1986; 154: 335-358.
12 **Perkins MP, Shumway N, Jackson WL.** Lyme Neuroborreliosis presenting as the syndrome of inappropriate antidiuretic hormone secretion, Med Gen Med 2006; 8 (3): 71.
13 **Pachner AR, Steiner I.** Lyme Neuroborreliosis: infection, immunity, and inflammation. http://www.sciencedirect.com/#aff1
14 **Stricker RB.** Counterpoint: Long-Term antibiotic therapy improves persistent symptoms associated with Lyme Disease. IDSA Lecture. Clinical Infectious Diseases 2007; 45: 149-157.
15 **Strle F et al.** Comparison of findings for patients with Borrelia garinii and Borrelia afzelii isolated from cerebrospinal fluid. Clin Infect Dis 2006; 43 (6): 704-710.
16 **van Dam AP et al.** Different genospecies of Borrelia burgdorferi associated with distinct clinical manifestations of Lyme borreliosis. Clin Infect Dis 1993; 17: 708-717.
17 **Wilske B et al.** Microbiological and serological diagnosis of Lyme borreliosis. FEMS Immunol Med Microbiol 2007; 49 (1): 13-21.

Der BFBD fordert

BORRELIOSE UND FSME BUND DEUTSCHLAND

- **Berücksichtigung der psychologischer Befindlichkeiten in den Leitlinien**
- **Abkehr von willkürlichen Psychiatrisierungen**
- **Berücksichtigung des derzeitigen Standes der medizinische Erkenntnisse**
- **Abkehr von Billigst-Medikationen und Ignoranz des § 12 Sozialgesetzbuch V.**

FOTO: PRIVAT

Borreliose · oxidativer Stress · Neurotransmitter und psychiatrische Symptome

Im Rahmen einer chronischen **Borrelioseerkrankung** kommt es zur Ausbildung von vielfältigen psychiatrischen Auffälligkeiten. Im Vordergrund stehen dabei Symptome wie **Depressionen, Ängste bis hin zu Panikattacken, Schlafstörungen, Müdigkeit, Antriebsmangel, Reizbarkeit, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen. Auch Wortfindungsstörungen, Denkstörungen, Schreibstörungen und Koordinationsstörungen können dazu gehören. Nicht selten liegt ein chronifiziertes Schmerzsyndrom vor.**

von Martina Lorenz

Dabei geschieht es leider immer wieder, dass Betroffene als psychosomatisch krank zum Psychiater verwiesen werden. Auch werden Erkrankte nicht selten gedrängt, eine psychosomatische Rehabilitation in einer Klinik zu absolvieren.

In dem folgenden Artikel möchte ich darstellen, wie es im Rahmen einer chronischen Infektionserkrankung, wie bei einer chronischen Borreliose, zu psychischen Erkrankungsbildern kommen kann, ohne dass ein Nachweis von Borreliose-Antikörpern (AK) im Liquor geführt werden konnte und somit eine Neuroborreliose ausgeschlossen wurde.

Als eine mögliche Erklärung könnten die Neurotransmitter eine entscheidende Rolle spielen. **Neurotransmitter** sind chemische Substanzen, die die Signalübertragung zwischen den Nervenzellen vermitteln. Diese Botenstoffe müssen in einem ausgewogenen Verhältnis vorhanden sein und bestimmen somit maßgeblich unsere Stimmung und Leistungsfähigkeit.

Bei der Bildung der klassischen Neurotransmitter spielen **Aminosäuren** eine zentrale Rolle. Neurotransmitter und ihre Rezeptoren sind von entscheidender Bedeutung für die psychische Befindlichkeit des Menschen. So wirken zum Beispiel Psychopharmaka über eine Beeinflussung der Neurotransmitterkonzentration oder an den Rezeptoren selbst.

Beispiele:

Die Aminosäure **L-Tryptophan ist Ausgangssubstanz für die Serotonin- und Melatoninbildung.** In bestimmten Zellen der Darmschleimhaut, in der Leber und in der Milz sowie im Zentralnervensystem (ZNS) vollzieht sich die Synthese. Lediglich ein Prozent der bioverfügbaren Menge von Tryptophan wird zu Serotonin verwandelt. Damit Tryptophan ins Gehirn gelangen kann, muss es die Blut-Hirn-Schranke passieren. Dort konkurrieren jedoch viele andere Aminosäuren. Kohlehydrate erhöhen die Chance, dass Tryptophan die Schranke passiert. Dies erklärt auch den Heißhunger auf Süßigkeiten bei Serotoninmangel. Der größte Teil an Tryptophan steht für die Immunantwort zur Verfügung. Somit ist auch erklärlich, warum es bei chronischen Entzündungen zu einer mangelhaften Serotoninsynthese kommt.

> Wir bitten unsere Laien-Patienten um Verständnis, dass sich diese hochanalytische Arbeit nicht auf Umgangssprache reduzieren lässt. Sie ist trotzdem spannend und entlarvend und wird selbst Mediziner zum Schlucken bringen.

Serotonin ist ein Neurotransmitter mit vielfältigen Funktionen: Es steuert die Stimmung, wirkt aufhellend, schmerzhemmend und entspannend. Es reguliert aber auch die Weite der Blutgefäße, regt die Darmperistaltik an, fördert die Blutgerinnung. Zudem regelt es den Schlaf, das Gedächtnis und erhöht die Schmerzschwelle. Bei anhaltenden Stressreaktionen vermindert sich die Serotoninkonzentration mit der Folge von Konzentrationsstörungen, Schlafstörungen, Essstörungen, Gewichtszunahme, chronischer Erschöpfung, Angstzuständen, Migräne, Störungen der Aufmerksamkeit und Depressionen. Serotonin selbst ist die Vorstufe zu **Melatonin**. Es reguliert den Schlaf-Wachrhythmus und fungiert als Radikalfänger.

Dopamin ist einer der bedeutendsten Neurotransmitter, der zur Gruppe der Katecholamine (Dopamin, Noradrenalin und Adrenalin) gehört. Ihre Synthese erfolgt im Nebennierenmark. Dopamin wird aus der Aminosäure **Thyrosin** gebildet. Es ist an der Bewegungssteuerung, der Motivation, an Emotion, Lernen und Gedächtnis beteiligt. Ein Dopaminüberschuss bei gleichzeitigem Serotoninmangel führt zu einem Fatique-Syndrom, ein Mangel hingegen zu Muskelschwäche, Antriebsmangel, Aufmerksamkeitsstörung, Vergesslichkeit, Libidoverlust und Depressionen. Thyrosin ist weiterhin Vorläufer von Tyroxin (T4 = Schilddrüsenhormon) und Melanin (Hautfarbstoff).

Der Neurotransmitter **Noradrenalin** wird ebenfalls im Nebennierenmark aus den Aminosäuren **Tyrosin** und **Phenylalanin** gebildet. Es ist auch maßgeblich an der Entstehung von depressiven Erkrankungen beteiligt. Noradrenalin fördert die Aufmerksamkeit und Konzentration, es ist wichtig für die räumliche und örtliche Orientierung, es steigert den Blutdruck und den Appetit. Es erhöht die Entzündungsneigung kurzfristig, hemmt aber langfristig die Aktivität der Immunzellen. Eine andauernde Stressbelastung führt zunächst zu erhöhten Noradrenalin-Werten. Gleichzeitig sinkt in Folge die Cortisol-und Serotoninausschüttung mit den Symptomen eines Burn-out-Syndroms.

Glutaminsäure ist eine Aminosäure, die im zentralen Nervensystem gleichzeitig auch als Neurotransmitter fungiert. Das Salz Glutamat ist einerseits wesentlich an der Verarbeitung von Sinnesreizen, der Steuerung von Bewegungen, an Lernen und Gedächtnis beteiligt, andererseits ist es neurotoxisch und führt im Falle eines Überschusses zu Stress, innerer Unruhe, und Depression. Im Rahmen von zahlreichen neurodegenerativen Erkrankungen (Alzheimer, Parkinson, vasculäre Demenz, ALS) sind glutamaterge Fehlfunktionen beteiligt. Als erregender Botenstoff ist es ein Antagonist zu **GABA**.

GABA = Gamma-Amino-Buttersäure wird aus **Glutaminsäure** gebildet und ist der wichtigste dämpfende Neurotransmitter. Tranquillizer und Alkohol binden an einen GABA-Rezeptor und entfalten dadurch eine beruhigende Wirkung. Bei Stressreaktionen hat GABA einen beruhigenden Effekt, indem sie die Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-Achse hemmt (Stressachse).

Auch die Aminosäure **Glycin** ist gleichzeitig ein Neurotransmitter. Auch sie wirkt erregungsdämpfend und als Co-Agonist an Glutamatrezeptoren hat sie einen positiven Einfluss auf Gedächtnis und Aufmerksamkeit.

Der Neurotransmitter **Acetylcholin** vermittelt die Erregungsleitung zwischen Nerv und Muskel und ist für die Gedächtnisleistung unentbehrlich. **Acethylcholin** wird gebildet aus den Aminosäuren **Glycin** und **Serin**.

NO (Stickstoffmonoxid) ist ein weiterer Neurotransmitter. Er entsteht aus der Oxidation der Aminosäure Arginin, unter Bildung von NO und Citrullin. NO ist zwar ein wichtiges Element, welches in zahlreichen Stoffwechselprozessen eine Rolle spielt. Eine **erhöhte NO-Bildung** wirkt sich jedoch gravierend auf die Funktionsfähigkeit verschiedener Organe aus, denn NO ist ein **Freies Radikal!** Ursachen einer erhöhten NO-Produktion sind Chemikalien, Schwermetalle, Medikamente wie Antibiotika, Nikotin, physischer und psychischer Stress, Bewegungsmangel oder starke körperliche Belastung. Auch Stickstoffdünger in der Landwirtschaft, Lebensmittelzusätze, Konservierungsstoffe, Blattgemüse und Wurzelgemüse und viele Kohlehydrate begünstigen die Anhäufung von NO[1]. Aber auch Entzündungsreaktionen, wie bei einer chronischen Borreliose, in Verbindung mit einer vermehrten Freisetzung von Zytokinen wie IL 1, IL 6, IL 8, TNF-alpha, IFN gamma, lösen eine vermehrte NO-Produktion aus.

Depressionen

Angst- und Zwangserkrankungen

In letzter Zeit wurden bei verschiedensten psychiatrischen Erkrankungen, vor allem bei der Depression erhöhte Konzentrationen dieser Zytokine nachgewiesen. Auch wurden in zahlreichen Studien bei der **Entstehung von Depressionen, Angst- und Zwangserkrankungen, Psychosen**, aber auch bei der **Alzheimer-Demenz** und der **Parkinson-Erkrankung** Veränderungen des **Neurotransmittermetabolismus** nachgewiesen[2,3,4,5].

Das freie Radikal NO hemmt Enzyme der mitochondrialen Atmungskette (Mitochondrien = Kraftwerk einer Zelle). Dadurch kommt es zu einem Mangel oder gar Verlust von ATP (Energie). Dieser ATP-Verlust betrifft vor allem Zellen mit einem hohen Energiebedarf wie Muskelzellen, Nervenzellen, Herzmuskelzellen und Immunzellen. Im Extremfall kann dieses zu einem Absterben der Zelle führen. Das Energiedefizit bewirkt außerdem, dass Aminosäuren, Fette und Eiweiß nicht mehr energetisch verwertet werden. Auch Fettsäuren und Kohlehydrate können nicht mehr adäquat abgebaut werden.

Eine NO-Synthesesteigerung hat auch negative Auswirkungen auf die Entgiftungssysteme: Es kommt zu einer Anhäufung von toxischen Metaboliten (durch Blockierung der Glutathionsynthese). Durch NO kann durch eine Blockierung des Cholesterinabbaues in der Leber eine diätresistente Hypercholesterinämie entstehen. Da Vitamin B_{12} ein direkter Gegenspieler des NO ist, führt eine ständige NO-Erhöhung zu einem Mangel an diesem Vitamin. Bei einem derartigen Mangel kommt es zu einer Anhäufung von Homocystein (cardiovasculärer Risikofaktor) sowie zu einer weiteren Schwächung des Citratcyclus. NO erhöht zudem die Entzündungsbereitschaft des Körpers! Diese Entzündungsreaktionen laufen dann auch ohne Anwesenheit eines Erregers ab und befallen vor allem Gelenke, Wirbelsäule und Haut. NO erhöht die Histaminbildung. Die Durchlässigkeit der Blut-Hirnschranke wird erhöht und es steigert sich die Bildung von krebserregenden Nitrosaminen[1].

NO zeigt eine starke Affinität zu eisenhaltigen Enzymen. Das macht unser Nervensystem auch so extrem anfällig für oxidativen Stress. Einerseits dadurch, dass die Oligodendrozyten stark eisenhaltig sind, es einen hohen Gehalt an Membran-Fettsäuren gibt und dadurch, dass im Nervensystem wenig Antioxidantien zur Verfügung stehen. Erkrankungen wie Parkinson, Demenz, Chorea, MS und ALS werden hiermit in Zusammenhang gebracht. Bei der Schizophrenie ergeben sich Hinweise auf eine Deregulierung der freien Radikale, dies führt zu instabilen Membranstrukturen und in Folge zu einer Veränderung der Signalübertragung durch die Neurotransmitter[6].

Komplexe Funktionsstörungen

So entsteht laut einer These von Prof. Dr. Pall durch einen NO-Überschuss das Folgeprodukt Peroxinitrit. Peroxinitrit ist hochtoxisch, hemmt die Atmungskette, zerstört die Mitochondrienmembranen und lagert sich an aromatische Aminosäuren an. **Es stört somit den Tryptophan-, Phenylalanin- und Tyrosinstoffwechsel durch Nitrosylierung dieser Aminosäuren! In der Folge wird durch diese Prozesse die Bildung der entsprechenden Neurotransmitter gestört und es kann zu einer Dysbalance kommen.**

Nach der These von Prof. Dr. Pall können diese komplexen Funktionsstörungen depressive Zustände, Schlafstörungen, Ängste, Zwänge, Konzentrationsstörungen, Vergesslichkeit und anderen psychiatrische Störungen erklären. Auch Symptome wie das chronische Müdigkeitssyndrom, die multiple Chemikalienunverträglichkeit und die Fibromyalgie können in der Folge entstehen.

Die unzureichende Energiekapazität äußert sich zudem in einer extremen physischen und psychischen Erschöpfung mit immer länger werdenden Erholungsphasen. Ausdauerleistungen sind kaum noch möglich. Die Betroffenen leiden unter einer chronischen Immun-

Glossar

Citratcyclus	der zentrale Stoffwechsel in unserem Körper
Hypercholesterinämie	hohe Cholesterinwerte
Melatonin	von Hell-Dunkel-Rhythmus abhängiges Hormon
Metabolit	im Stoffwechsel entstandene oder veränderte Verbindung
Neurotransmitter	Moleküle, die an Nervenenden gespeichert sind, durch Aktionen erregter Zellen freigesetzt und im ZNS und peripherem Nervensystem die Erregungsweiterleitung bewirken
Nitrosylierung	Bindungsaufhebung
Oligodendrozyt	Zellen im Zentralnervensystem
Serotonin	Neutrotransmitter, Vorläufer von Melatonin

schwäche mit rezidivierenden und therapieresistenten Infekten.

Diese Thesen können eine Erklärung für viele Symptome sein, die im Rahmen der chronischen Borreliose vorkommen. Bei vielen meiner Patienten mit chronisch persistierender Borreliose konnte ich Neurotransmitterstörungen nachweisen. Auch findet sich bei der überwiegenden Mehrheit dieser Patienten ein Mangel an Vitamin B_{12}. Bei vielen Patienten konnte im Urin eine erhöhte Ausscheidung an Citrullin und Nitrophenylessigsäure nachgewiesen werden, welches auf nitrosativen Stress hindeutet.

Unser **Gehirn** ist im Vergleich zu anderen Körpergeweben außerordentlich empfindlich gegenüber oxidativem Stress. Die Ursache liegt zum einen an einer vermehrten Produktion von Sauerstoffradikalen bei gleichzeitig verminderter Aktivität und Kapazität antioxidativer Schutzsysteme. Aufgrund der nur sehr geringen Fähigkeit der Neurone, sich regenerieren zu können, kommt es zu einem langsamen Kumulationseffekt. Somit führen Zellschäden, die im Laufe der Zeit entstehen, zu unaufhaltsam krankhaften Schäden. Neurodegenerative und entzündliche Erkrankungen können die Folge sein[7].

Wie entstehen die freien Radikale in unserem Gehirn?

Das Gehirn benötigt 20 Prozent des gesamten O_2-Bedarfes, die Atmungskette der Mitochondrien reduziert das O_2 zu H_2O. Circa fünf Prozent werden jedoch nicht reduziert und es entsteht Superperoxid. Antioxidantien, wie zum Beispiel das Gluthation, die Vitamine C, E und das Q 10 verwandeln es wieder zu H_2O. Diese Antioxidantien sind jedoch im ZNS nur sehr wenig vorhanden und so entsteht insbesondere unter Anwesenheit von Eisen und Kupfer aus dem Superperoxid Wasserstoffperoxid. Dieses schädigt die Membranen, Nukleinsäuren und Proteine. Insbesondere ist eine bestimmte Zellart im ZNS gefährdet, so enthalten die so genannten Ologodendrozyten (bilden die Myelinscheiden) eine hohe Konzentration an Eisen! Aber auch die so genannten dopaninergen Neurone sind besonders gefährdet. In ihnen vollzieht sich die Bildung und der Abbau von den Katecholaminen (s.o.), unter Entstehung von Superoxidanionen. Kommt es nun im Gehirn durch chronische Entzündungen zu einer Steigerung der Produktion dieser Radikale oder Umweltgifte, führt das zur Aktivierung von so genannten Mikrogliazellen, Makrophagen und Monozyten im Gewebe, und diese Zellen produzieren bei Aktivierung erneut freie Radikale! Diese Zusammenhänge könnten erklären, wie es zu zahlreichen psychiatrischen Funktionsstörungen kommen kann.

Martina Lorenz
Fachärztin für Neurologie/ Psychiatrie,
Am Exerzierplatz 9,
32423 Minden

Literaturangaben

1 Pall, M.L, 2007
2 Sarandol A et al, 2007
3 Michel TM et al, 2007
4 Ng F et al, 2008
5 Berk M et al, 2008
6 Fendri, Mehri, Khiari, Othmann, Kerkeni, Gaha
7 O. Ullrich, T. Grune, 2001

Chronische Borreliose macht psychisch krank

Die **Neuroborreliose** ist eine Entzündung, die sich direkt im ZNS abspielt. **Borrelien** sowie andere Krankheitserreger können aber indirekt über Immunreaktionen und Stoffwechselstörungen das Gehirn negativ beeinflussen. Immer wieder konnte in zahlreichen Studien nachgewiesen werden, dass Infektionserkrankungen, wie die Syphilis, Hepatitis C, die Borrelien, das Ebstein-Barr-Virus, das Borna-Virus, Mykoplasmen und andere psychiatrische Erkrankungen auslösen können. Ihre Ursachen liegen sicherlich nicht in den gestörten Neurotransmittern alleine. So spielen multiple Interaktionen schädlicher Einflüsse auf das Gehirn sowie sicherlich auch eine genetische Disposition eine Rolle.

Es muss endlich aufhören, dass an chronischer Lyme-Borreliose Erkrankte als psychosomatisch krank hingestellt werden. Begriffe wie die „Internet Neurose“ dürfen nicht weiter in diesem Zusammenhang genannt werden. ■

Bemerkung:

Die häufigste Todesfolge bei der Lyme Borreliose ist unverändert der Suizid!

Frauen beraten

Erfahrungen aus der Borrelioseberatung

Die meisten Klienten, die Beratung suchen, haben bereits das 1. und 2. Stadium der Krankheit hinter sich, bislang ihren Ärzten vertraut und trotzdem keine oder eine unzureichende Behandlung erfahren. Oft wurde den Langzeiterkrankten mitgeteilt, dass keine Hoffnung auf Heilung mehr bestehe. Es sind Zweifel an der Kompetenz der Ärzte aufgekommen. Der Betroffene versucht bei der Beratung durch die Selbsthilfe seine Situation noch einmal zu überprüfen und Anregungen für einen Ausweg aus einer von ihm als ausweglos empfundenen Situation zu erhalten.

Zuerst einmal reden sich die meisten den bisherigen Frust von der Seele. Sie wollen nicht unterbrochen werden, bis das Gröbste heraus ist. Dabei fällt auf, dass Männer stärker zu Wut über ihre Situation neigen, während Frauen betroffen und verunsichert über die „Behandlung“ der Ärzte sind und an sich selbst zweifeln.

Männer ziehen sich bei negativen Arzterfahrungen oft auf die „Mordskerlhaltung“ (Was mich nicht umbringt, das macht mich nur härter) zurück, was bei der Borreliose alles noch schlimmer macht. Sie nehmen Beratung oft sehr spät in Anspruch und schämen sich für ihren Zustand. Häufig wird auch ausgesprochen, dass sie nur so offen über ihre Schwächen und Ängste reden können, weil die Beratung anonym ist. Oft fällt auch der Satz: „Wenn es jetzt keinen neuen Ansatz gibt, will ich nicht mehr leben.“

Betroffene Frauen denken im Gegensatz zu Männern alle Schritte auf einmal und fühlen sich dann überfordert. Das Problem wird so groß, dass keine Lösung möglich scheint. Häufig werden alle Eventualitäten bereits im Vorfeld betrachtet und die Gedanken kreisen immer wieder in den selben Bahnen. Häufig rufen sie auch für ihre Kinder oder ihren kranken Mann an, die nichts für ihre Heilung tun. Allen Kranken gemeinsam ist die grundlegende Erschütterung des Glaubens an das Gesundheitssystem, die persönliche Sicherheit und das gefahrvolle Leben in unserer Gesellschaft. Durch das Gefühl der Unsicherheit und der Bedrohung ihrer

Foto: Fischer

psychisch

von Eva Deuse-Wodicka

Leistungsfähigkeit und Lebensqualität entstehen zum Teil starke Existenz- und Zukunftsängste.

Psychische Belastung durch Borreliose

Die an Borreliose Erkrankten machen zuerst die Erfahrung, dass sie von ihrem Körper im Stich gelassen werden. Sie werden mit der Krankheit ohne Hilfe nicht fertig. Das Körpergefühl und -erleben ist deutlich verändert (unter anderem Müdigkeit und Schwäche, Schmerzen, Missempfindungen und Nervenfunktionsstörungen, Herzprobleme). Die Kranken fühlen sich ohnmächtig und können geschwächt den Alltag oft kaum meistern. Häufig ist eine Entfremdung vom eigenen Körper zu beobachten, der in dem angegriffenen Zustand abgelehnt wird.

Diese Erfahrung setzt sich im Arzt-Patienten-Verhältnis fort. Der Kranke fühlt sich schnell von seinen Therapeuten im Stich gelassen, die ihn in den meisten Fällen unzureichend beraten und behandeln oder ihn zu Internisten, Orthopäden oder Neurologen überweisen. Oft endet die Behandlung in einer Sackgasse; die Betroffenen werden vom Gesundheitssystem aufgegeben. Die Arbeitsunfähigkeit droht oder ist schon eingetreten.

Im Privatleben kommt es ebenfalls zu Problemen, da der Kranke seine bisherige Rolle nicht mehr ausfüllen kann. Vielfach mangelt es den Partnern und Freunden an Verständnis für die ewige Schwäche und Müdigkeit des anderen. Viele Betroffene leiden an Vereinsamung und fühlen sich im Stich gelassen. Partner und Freunde sind oft von den immer gleichen Leidensgeschichten überfordert. Es kommt häufig zu Trennungen und die Freunde melden sich nicht mehr. Durch den langen Leidensdruck und die innere Einsamkeit entstehen Traumatisierungen. Die Menschen verzweifeln. Ein Ausweg wird über die Beraterin gesucht, die wieder zuhören kann.

FOTO: PRIVAT

Eva Deuse-Wodicka ist Initiatorin und Beraterin bei der Borreliose SHG Gelnhausen

Psyche und Heilung

Für den Heilungsweg spielt es eine wichtige Rolle, ob die Betroffenen Hilfe annehmen und einfordern können, ob sie ihre eigene Rolle kritisch sehen können und dadurch in der Lage sind, neue Wege zu lernen und sich konstruktiv den Herausforderungen ihrer Krankheit zu stellen. Der Betroffene, der anderen die Schuld an seinem Zustand gibt und seine Energie in der Wut auf die Umstände erschöpft, kann oft die Ausdauer für den langen Heilungsweg nicht aufbringen. Die Beraterin kann hier Wege aufzeigen, wie die verbliebene Energie wirkungsvoll eingesetzt werden kann. In der Beratung gilt es Wege zu finden, die Anregungen so anzubringen, dass sie auch von schwierigen Kranken angenommen werden können.

Es gibt Klienten, die eine relativ intensive Begleitung während der Diagnostik und der anschließenden Therapie eines akuten Zustandes benötigen und sich mehrmals in der Woche melden. Dies sind meistens Menschen, denen es sehr schlecht geht und die an Unsicherheit und Ängsten vor Fehlern leiden. Sie brauchen die Beraterin in der Regel als Spiegel oder für ihr Mitteilungsbedürfnis. Oft sind dies einsame Menschen oder sie haben Partner, die nicht mehr auf sie eingehen können. Es ist wichtig, hier eigene Grenzen zu setzen, den Kranken aber das Gefühl zu geben, dass sie während der besonders schweren gesundheitlichen Zustände nicht im Stich gelassen werden, damit sie wieder Mut schöpfen. Wenn ernsthafte Störungen auftreten oder das Erlebte nur schwer ertragen werden kann, ist der Hinweis auf eine psychologische Unterstützung sinnvoll. Da oft auch durch die Borreliose und die damit verbundenen lang andauernden schweren Belastungen Traumatisierungen entstanden sind, kann eine gute psychologische Behandlung oft die Heilung fördern. Alte Einstellungen und Verhaltensmuster können erkannt und verändert werden.

Ein kleiner Teil der Anrufer lässt sehr schnell erkennen, dass ihr bisheriger Weg die Verdrängung des Problems Borreliose war. Allerdings ist ihnen klar, dass dies letztendlich keine Vorteile gebracht hat. Sie weigern sich, ihr Leben von der Krankheit bestimmen zu lassen und glauben, dass es besser wird, wenn sie dem Problem die Bedeutung aberkennen. Diese Kranken rufen oft nicht mehr an und melden sich nicht wie gewünscht zurück. Nach langer Zeit allerdings kommt es meist wieder zu einem Kontakt, wenn es gesundheitlich deutlich schlechter geht. Hier ist es ebenfalls wichtig, trotzdem da zu sein und wieder für eine Beratung zur Verfügung zu stehen. So erhält der Kranke das Gefühl, nicht allein gelassen zu werden und kann neuen Mut für seinen Heilungsweg schöpfen.

Ein besonderes Problem stellen Kinder und Jugendliche dar, zu denen der Kontakt meist über die Mütter entsteht. Diese haben oft starke Ängste um die Zukunft ihrer Kinder. Was soll nur werden, wenn es nicht wieder gut wird? Während kleinere Kinder meist ihre Symptome nicht ausreichend mitteilen können und daher der Erfolg einer Behandlung symptomatisch schwer zu fassen ist, sind Jugendliche oft nach einer erfolglosen Behandlung nicht mehr bereit, eine weitere durchzustehen. Hier spielt die Pubertät eine große Rolle. Was die Eltern wollen, taugt nichts. Es wird gern dem Arzt geglaubt, der die Krankheit ignoriert oder einen einfachen Weg suggeriert und Tabletten verschreibt. Eltern können sich oft nicht durchsetzen. Ein direkter Kontakt mit der Beraterin findet meist nicht statt. Dies ist auffällig, da die junge Generation problemlos über das Internet an unsere Adresse kommen kann.

Fazit

Die Borreliose ist eine Krankheit, die die Psyche stark beansprucht und durch die Dauer der Belastung und die Schwere der Krankheit zu Vertrauensverlust und Traumatisierung führen kann. Die Beratung sollte diesem Aspekt Rechnung tragen und neben fachlichen Informationen den Betroffenen das Gefühl geben, das sie verstanden werden und dass da jemand ist, der auf ihrer Seite steht und für sie da ist. Der daraus entstehende aufkeimende Mut gibt den Kranken den Glauben und die Kraft für die notwendigen Schritte auf einem selbstbestimmten Heilungsweg. Dies haben die positiven Rückmeldungen immer wieder bestätigt. ■

Von wegen: Seltene Erkrankung

von Ute Fischer

Was ist das Gegenteil von Verfolgungswahn? Das Gefühl, nicht vorhanden zu sein, das Bewusstsein, dass man Türen öffnen will, die von Innen zugehalten werden? Solche Gedanken kreisen im Kopf, wenn zum so und so vielten Male einer unserer Briefe angeblich nicht angekommen ist und danach „leider“ eine Frist verstrichen sei?

Das Institut für Versicherungsbetriebslehre an der Leibniz Universität Hannover erstellte im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit eine Studie zu „Seltenen Erkrankungen.“ Wir fragten den Studienleiter Prof. Dr. J.-Matthias Graf von der Schulenburg an, ob Borreliose darin enthalten sei, nachdem wir in der Europäischen Union und bei der Weltgesundheitsorganisation als „rare disease“, als seltene Erkrankung geführt werden.

Bundesministerium für Gesundheit

Antwort: „Lyme-Borreliose ist in unserer Studie nicht enthalten. Seltene Erkrankungen wurden mit maximal fünf Fällen pro 10.000 definiert. Diese Definition war vorgegeben und ist meines Wissens in den letzten Jahren nicht durch die Gesundheitspolitik verändert worden. Die Klärung der ökonomischen Dimensionen der Erkrankung Lyme-Borreliose kann meinen Erachtens nur in einer unwissenschaftlichen gesundheitsökonomischen Studie ermittelt werden.“

Natürlich haben wir keinen Fragebogen erhalten; denn man habe sich auf die Organisation ACHSE e.V. (Schirmherrin Eva Luise Köhler), die Vereinigung für seltene Erkrankungen, beschränkt. Wir seien wohl kein Mitglied bei ACHSE? Nein, ACHSE gab uns bereits 2006 die Auskunft, dass wir keine seltene Erkrankung seien, obwohl wir in dem 1360 Seiten dicken Schmöker aus dem Verlag der Medizinischen Hochschule Hannover enthalten sind. Dort wird die Seltenheit mit weniger als einem auf 2.000 Personen definiert. Also zurück in die Schublade? Aber in welche? Sind wir nun selten oder nur ein bisschen selten oder nur manchmal selten, je nach dem, wie es gerade politisch passt? ■

Foto Fischer

4 Fragen an die Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO)

Hintergrund für unsere Fragen: Borreliose ist eine multiorganische Infektion. Borrelien können sich in Nieren, Lunge, Herz und woanders aufhalten. Eine chronische Borreliose herrscht vor, wenn die Krankheit von Zeit zu Zeit aktiv wird, Borrelien sich also sicher vor dem Immunsystem fühlen und sich teilen und vermehren und dabei Entzündungen erzeugen, die der Mensch nicht sofort körperlich fühlt. Es ist also ohne Weiteres möglich, eine von lebenden Borrelien behaftete Lunge, Leber, sogar Augenteile zu transplantieren, ohne dass dies in dem knappen Zeitfenster einer Transplantation sicher festgestellt werden kann. Auch der transplantierende Arzt hat dazu keine Möglichkeit. Über Labor lässt sich das nicht feststellen, maximal, ob der Spender Antikörper aufweist. Aber das ist auch keine sichere Diagnose, ob eine Borreliose manifestiert ist und es dauert auch zu lange.

Fragen an den Geschäftsführenden Arzt der DSO, Region Baden-Württemberg, Organspendezentrale, Prof. Dr. med. Werner Lauchert:

- Wird dem Empfänger gesagt, dass das Spendeorgan von einem Borreliosepatienten stammt, wenn er dies auf seinem Ausweis vermerkt hat?
- Welche Konsequenzen kann ein solches Organ für den Empfänger mitbringen?
- Gibt es wissenschaftliche oder unwissenschaftliche Arbeiten und Schlussfolgerungen?
- Gibt oder gab es Workshops, aus denen hervorgeht, dass sich ein Transplantationsmediziner damit schon einmal auseinander gesetzt hat?

Dietmar Seifert

Von Dietmar Seifert gelesen im Arzneimittelbrief AMB 2009, 43, 52a und kommentiert

DER ARZNEIMITTELBRIEF ist eine unabhängige Zeitschrift mit dem Schwerpunkt Pharmakotherapie.

Europäische Lyme-Neuroborreliose: Ceftriaxon i.v. oder Doxycyclin oral?

Die Redaktion gräbt eine bekannte Studie aus und kommentiert diese so:

Bei 48 Prozent der Doxygruppe und bei 33 Prozent der Ceftriaxon Gruppe bildeten sich alle Symptome zurück. Fazit: Bei der europäischen Neuroborreliose ist Doxycyclin oral genau so wirksam wie Ceftriaxon? Das ist schon aus ethischen Gründen unhaltbar. Da selbst nach vier Monaten 52 Prozent bzw. 66 Prozent der Patienten nach 14-tägiger Therapie nicht geheilt waren, müsste das Fazit heißen:

„Bei der europäischen Neuroborreliose ist Doxy oral genau so unwirksam wie Ceftriaxon!!!“

Es ist eine ethische Unverfrorenheit, zu sagen, eine Therapie sei wirksam, wenn weit über die Hälfte nicht geheilt wurden und es zwei Patienten danach sogar noch schlechter als zuvor gehe. Aber es wurden auch 52 Punkte für objektive Befunde wie Liquorzellzahl gegeben und nur zwölf für subjektive Beschwerden. Wie es einem Patienten tatsächlich geht, interessiert so gut wie nicht, wenn nur ein Laborwert wie die Liquorzellzahl sich gebessert habe.

Das hat für mich nichts mehr mit Ethik zu tun, sondern mit medizinischer Menschenverachtung. Die Redaktion des Arzneimittelbriefs hat nichts dazugelernt, trotz unseres Leserbriefs auf einen Artikel von 2005 zur Prophylaxe und Therapie der Lyme Borreliose. Quelle: http://www.arzneimittelbrief.de

Statt der angekündigten DIN A4-Seite Manuskript erhielten wir folgende Antwort:

Organspende bei akuter bzw. chronischer Borreliose

In der einschlägigen Literatur gibt es bisher keine Stellungnahmen zur Frage Organspende bei akuter oder chronischer Borreliose-Infektion.

Grundsätzlich sind bakterielle Infektionen, die mit einer antibiotischen Therapie behandelbar sind, für eine Organspende unproblematisch, wenn das Antibiotikum getestet ist und die Behandlung im Organempfänger fortgeführt wird. Jeder Spender wird zum Zeitpunkt vor der Organentnahme sorgfältig auf mögliche stattgehabte Infektionen untersucht. Organempfänger erhalten routinemäßig eine Antibiotikaprophylaxe, die nahezu alle Erreger erfasst. Ist zum Beispiel aus der Vorgeschichte eine Borreliose-Infektion bekannt, erhalten die Organempfänger eine gezielte Antibiotikatherapie über einen längeren Zeitraum.

Die Redaktion: Wir müssen zur Kenntnis nehmen, dass sich die Akteure der deutschen Organtransplantation, ähnlich wie die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (Borreliose Wissen Nr. 20), keine Gedanken über Lyme-Borreliose machen oder gemacht haben. Das schafft Raum zu Spekulationen. ■

■ Ist Borreliose sexuell übertragbar?

Frage an Prof. Dr. Gerd Gross, Vorsitzender der Deutschsprachigen Gesellschaft zur Prävention sexuell übertragbarer Krankheiten e.V., (DSTDG), Rostock:

■ Halten Sie Borreliose für sexuell übertragbar?

Antwort: Verschiedene Links auf Englische Abhandlungen, die aktuellste über das Paarungsverhalten der Schafzecke. Danke. Das hilft uns weiter.

ILADS aktuell

Schlaglichter von der 10. Wissenschaftlichen Konferenz am 23. bis 25. 10.2009 in National Harbor/ Washington DC

ILADS, von links: J.J. Burrascano jr., Bob Bransfield (ILADS Präsident), Dr. Nicole Gerling (ILADS-Mitglied München), Dr. Armin Schwarzbach (ILADS-Mitglied Augsburg), David Martz (ILADS-Präsident ab 2011).

Foto: ILADS

Viele Patienten und Ärzte blicken in Sachen Borreliose nach den USA und erwarten von dort Fortschritte, die sich in Europa umsetzen lassen. Doch auch umgekehrt fließt Borreliosewissen. Dr. Armin Schwarzbach, Facharzt für Laboratoriumsmedizin im Borreliose Centrum Augsburg, Mitglied der Deutschen Borreliose Gesellschaft e.V., war als Referent geladen und brachte unter anderem diese Notizen aus USA mit.

- Circa 50 Prozent der Zecken seien mit Mikoplasmen (zellwandlose Bakterien) verseucht.
- Bei Autismus würden häufig Chlamydien, Mykoplasmen-Infektionen und Borreliosen gefunden.
- Bei ALS sei Ceftriaxon wirksam.
- Signifikante Laborbefunde bei Borreliose-Patienten: fünf bis 10 Prozent hätten ANA-Titer, Hashimoto-Thyreoditis, Hyperparathyreodismus, IgG1/IgG3-Subklassendefekt, Hyperinsulinämie.
- Der CD57 weise bis zu 60 Prozent Sensitivität/Spezifität auf.
- Antibiose-Dauer: sechs Monate bis über zwei Jahre, je nach Symptom-Freiheit. Faustregel: je kränker, desto länger.
- Definition Lyme-Borreliose: Mindestens vier Kriterien von sieben müssten erfüllt sein (Zeckenstich, Exposition, Symptome, positive Serologie, Vorhandensein von Co-Infektionen, Verminderung der CD57, Erhöhung C4a)
- Immunoblot: Männer hätten im Durchschnitt mehr Banden als Frauen
- Antibiotika-Prophylaxe nach Zeckenstich: 20 Tage mit Amoxicillin/Cefuroxim/Doxycyclin
- Doxycyclin: nur 50 Prozent Erfolgsquote zur Prophylaxe, unter 50 Prozent Heilungsquoten im Frühstadium. Behandlung führe zu Seronegativität.
- Nebenwirkungen bei antibiotischer Infusion treten statistisch bei 1000 täglichen Infusionen an 2,24 Tagen auf.
- Infektionen während und vor einer Schwangerschaft: 23 Prozent Kardiale Symptome, des Weiteren Neuro-Borreliosen + muskuloskeletale Erkrankungen möglich, 15 Prozent neonatales (bei Neugeborenen) Risiko, 20 Prozent der unbehandelten Neugeborenen würden chronisch, nur vier Prozent nach Behandlung, Nachweis von Borrelia-DNS in Brustmilch.
- Derzeitige Antibiotika-Auswahl: Azithromycin, Metronidazol, Doxycyclin intravenös, Ceftriaxon intravenös (nur gepulst, zusätzlich Actigall-Ursodiol), Telithromycin, Tigecyclin.

Fazit 1: Der künftige Schwerpunkt bei durch Zecken übertragene Erkrankungen liege auf der Erforschung, Diagnostik und Behandlung von weiteren Erregern, unter anderem Chlamydien, Mikoplasmen, Rickettsien, Ehrlichien, XMRV-Virus, Morgellons disease.

Fazit 2: Die ILADS strebt eine europäische ILADS an. Voraussichtlich findet am 12. Juni 2010 ein erstes Treffen in London statt. ■

Glossar

Hashimoto-Thyreoditis	Schilddrüsenerkrankung
Hyperinsulinämie	verminderter Insulingehalt des Blutes
Hyperparathyreodismus	Schilddrüsenerkrankung
ILADS	International Lyme and Associated Disease Society

Borreliose durch Blutspende?

Unser Mitglied Uta Fischer, SHG Aue-Schwarzenberg, legte sich bereits 2007 ins Zeug, um herauszufinden, wie das Thema Borreliose beim Blut Spenden gehandhabt wird. Über die CDU Sachsen erreichte sie eine Anfrage bei der damaligen Sozialministerin Helma Orosz. Deren Antwort: „Nach Einschätzung des Arbeitskreises BLUT ist es nicht auszuschließen, dass Borreliose-Erreger über eine Bluttransfusion auf einen Empfänger übertragen werden können. Nach derzeitigem Wissensstand in der Medizin ist das Risiko hierfür allerdings als gering zu betrachten. **Das ist auch der Grund, warum vor einer Blutspende nicht nach einer Borreliose-Erkrankung gefragt wird.“** (Frau Orosz ist mittlerweile Oberbürgermeisterin in Dresden).

Wir fragten bei der Johannes Gutenberg-Universität Mainz, Transfusionszentrale, den Leitenden Oberarzt Dr. med. Roland Conradi:

Werden Blutspender gefragt, ob sie an Borreliose leiden oder litten?

Bei Blutspendern muss nach den derzeitig gültigen „Richtlinien zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten (Hämotherapie)“ vor jeder Blutspende geprüft werden, ob chronisch persistierende bakterielle Infektionen vorliegen. Die erwähnten Richtlinien führen in einer Fußnote hierzu unter anderem explizit Rückfallfieber (Borreliose) an. Diese Prüfung der Spender geschieht hierzu in der Regel mittels eines Fragebogens, in dem konkret nach Rückfallfieber oder/und Borreliose gefragt wird. Blutspender werden also gefragt, ob sie an Borreliose leiden oder litten.

Sollte ein Borreliose-Patient (akut oder chronisch) Blut spenden?

Ein Borreliose-Patient darf nicht Blut spenden! Die „Richtlinien zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten (Hämotherapie)“ schreiben vor, dass Spender mit chronisch persistierenden Infektionen (z.B. Borreliose) auf Dauer von der Blutspende auszuschließen sind. Bei Patienten im akuten oder chronischen Stadium der Borreliose kann nicht ganz sicher ausgeschlossen werden, dass die Erkrankung mit der Blutspende übertragen wird.

Für uns als Blutspendedienst ist die Frage nach einer Spende von Patienten mit akuter oder chronischer Borreliose daher eindeutig mit „nein“ zu beantworten.

Für uns sehr viel schwieriger und immer wieder diskutiert ist die Frage, ob bei Blutspendern die Borreliose nach dem akuten Stadium ausgeheilt ist oder in eine chronische Form übergegangen ist.

Sehen Sie Gefahren bei einer solchen Blutspende für den Empfänger? Wenn ja, welche? Wenn nein, warum nicht?

Blutspender mit einer sicher ausgeheilten Borreliose würden an unserem Institut zur Blutspende wieder zugelassen werden. Um eine sichere Ausheilung der Borreliose nachweisen zu können, sind allerdings meist sehr aufwändige Untersuchungen über einen längeren Zeitraum erforderlich. Selbst durch diese Untersuchungen gelingt es leider nicht, immer eine eindeutige Aussage zu erhalten. Wenn Unsicherheiten verbleiben, ob eine akute Borreliose vollständig ausgeheilt ist, würden wir einen solchen Spender nicht zur Blutspende zulassen. ■

■ Tübinger Super-Infektionsforschung – aber kein Interesse an Borrelien

Mit dem im November 2009 gegründeten „Interfakultären Institut für Mikrobiologie und Infektionsmedizin“ schafft die Universität Tübingen eine innovative fakultäts-übergreifende Einrichtung, in der sich Mediziner und Biologen im interdisziplinären Verbund der Erforschung von Mikroorganismen und deren Auswirkungen auf Mensch und Umwelt widmen. Schwerpunkte liegen dabei auf der Infektionsbiologie, der mikrobiellen Physiologie sowie antimikrobiellen Wirkstoffen.

Ohne interdisziplinären Austausch sei die moderne Infektionsforschung nicht mehr vorstellbar, so die Presseverlautbarung. Als einer der ersten Standorte seiner Art bringe das Tübinger Institut die Expertise der Biologen über die Erreger mit dem Know-how der Mediziner über Infektionen zusammen. Mit sieben Professoren, davon vier in der Biologie und drei in der Medizin, sei das Interfakultäre Institut sehr gut aufgestellt – und biete mit der Zusammenführung besonderer Kompetenzen ein Alleinstellungsmerkmal in Deutschland, so Universitätsrektor Bernd Engler.

Frage an Prof. Dr. Karl Forchhammer, Lehrstuhl für Mikrobiologie/Organismische Interaktionen, ob auch Borreliose und Borrelien Einlass in diese Forschung fänden. **Antwort:** Nein, es gäbe kein Projekt, das unmittelbar mit Borrelien zu tun habe.

Quelle: http://www.uni-tuebingen.de/fileadmin/Uni_Tuebingen/Allgemein/Dokumente/Inaugura...

Zoonotische Infektionskrankheiten

Ja, Lyme-Borreliose ist eine Zoonose, auch wenn uns die Nationale Forschungsplattform für Zoonosen Glauben machen wollte, dass es keine Zoonose ist und deshalb auch nicht in dem Förderprojekt Zoonotische Infektionskrankheiten enthalten sei. Der Zufall brachte es ans Licht, das bereits seit 2007 dieses Förderprojekt läuft. Gesamtvolumen 20 Millionen Euro, allein für die erste Förderphase. Neun Verbünde mit circa 70 Vorhaben sind darin eingebunden. Es geht um die Vogelgrippe, um in Zecken zirkulierende Arbo- und FSME-Viren, um Chlamydien, Q-Fieber, Botulismus, Mycobakterien und Toxoplasmose, aber nicht um Borrelien.

Bundesministerium für Bildung und Forschung

Bildungs- und Forschungsministerin Annette Schavan, darauf hin angeschrieben, bestätigte dies: *„Es wurden diejenigen Anträge zur Förderung empfohlen, die die Ziele der Bekanntmachung im höchsten Maße erfüllten. Ein Forschungsverbund, der die Erforschung der Übertragung von Borrelien zum Gegenstand hat, wird derzeit nicht gefördert. Ich kann Ihnen jedoch mitteilen, dass die Forschungsplattform Zoonosen (www.zoonosen.net) nicht auf die zurzeit in Verbünden geförderten Krankheiten beschränkt ist, sondern krankheitsübergreifend die im Bereich aller Zoonosen wichtige interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Human- und Veterinärmedizin verstärken soll.“*

Nachdenkliche Frage der Redaktion: Wurden keine Anträge auf Forschungsförderung der Borreliose gestellt? Oder waren sie gestellt und wurden als förderungsunwürdig abgelehnt? Ein Insider: Darüber spricht man nicht, das wird nicht veröffentlicht. Das Ministerium schweigt. ■

Schutzlos im eigenen Garten?

Der eigene Garten ist ein Hort der Ruhe, ein sicheres Refugium vor unerwünschten Eindringlingen? Weit gefehlt – der Garten, ob groß oder klein, ist eine absolute Attraktion für Mäuse, Igel, Vögel und sogar Füchse. Mit ihnen reisen aber unerfreuliche Zeitgenossen – Blutsauger, die Krankheitserreger übertragen können. Davor gilt es, sich zu schützen!

Von Heinz Mehlhorn

Zahlreiche Blutsauger wie Zecken, Milben, Flöhe, Mücken können nur überleben, wenn sie regelmäßig Blut saugen. Dies tun sie meist bei vielen Wirten – sie können da nicht wählerisch sein. So befallen sie auch den Menschen. Weil sie nun vielfach die wandernden Wirte wechseln, kommen sie zum einen „weit herum“, und sie können sich zum anderen auch noch mit Krankheitserregern beladen, die sie dann je nach Art gelegentlich oder auch häufig auf den Menschen übertragen. Besonders häufig sind Zecken *(Ixodes ricinus)*, der so genannte Holzbock.

Angesogene Ixodes-Zecke, bereits mit beginnender Hautrötung.

Zecken reisen faktisch ganzjährig als Larven auf Mäusen, Igeln und Vögeln in den Garten ein, fallen nach dem Saugakt vom „Importeur“ ab, häuten sich auf dem Boden zur Nymphe. Diese Stadien sind mal eben einen Millimeter „klein“ und haben sich eventuell auf dem ersten Wirt mit Erregern wie Borrelien, Rickettsien, Viren infiziert, die sie dann beim Befall des Menschen weitergeben können. Da die Nymphen selbst im voll gesogenen Stadium sehr klein sind, sich zudem am Körper des Menschen leicht verstecken können und außerdem der Stich schmerzfrei ist, bemerken viele Gartenbesitzer eine im eigenen Garten erworbene Borreliose nicht, ja halten eine Infektion vielfach sogar für ausgeschlossen. Dem ist leider nicht so!

Jahreszeitlich zwar beschränkt auf die Monate von Ende Mai bis Ende Oktober – dann aber oft sehr heftig – finden sich die selbst im Adultstadium mit 0,15 Millimeter nur winzigen so genannten Herbstmilben *(Neotrombicula autumnalis)*. Lediglich die sechsbeinigen, mit nur 0,05 bis 0,1 Millimeter faktisch fast unsichtbaren, Larven saugen am Menschen oder an Tierlymphe und induzieren so entzündliche, stark juckende Pusteln.

Lichtmikroskopische Aufnahme der sechsbeinigen, Lymphe saugenden Larve von Neotrombicula autumnalis.

Stichwirkungen durch Herbstmilben

Die achtbeinigen Nymphen und Adulten dagegen leben räuberisch (jagen kleine Arthropoden/Gliederfüßler) oder fressen pflanzliche Substrate (zum Beispiel im Komposthaufen). Sie leben vielfach im Boden, kommen im Sommer und Herbst aus dem Boden, saugen an den Wirten und fallen nach mehreren Stunden unbemerkt ab, während die Hauterscheinungen oft erst später auftreten. Ihr geisterhaftes und stets massenhaftes Auftreten vermiest oft für Wochen den Aufenthalt im Garten.

Zwar übertragen diese Milben in Europa keine Erreger, aber der durch ihren Speichel an den Stichstellen ausgelöste Juckreiz ist häufig unerträglich.

Blutsaugende Milben, wie zum Beispiel die 3 Millimeter großen Vogelmilben *(Dermanyssus gallinae)* oder die etwas kleineren Nager- bzw. Vogelmilben (*Ornithonyssus*-Arten), treten eben auch sehr häufig im Garten auf und zwar vom Frühling bis zum Wintereinbruch.

Vollgesogene rote Vogelmilbe (Dermanyssus gallinae) – sie „arbeitet“ nachts und wird daher oft nicht bemerkt.

Sie werden zudem von Hund und Katze leicht ins Haus eingeschleppt und vermehren sich dort dann sehr schnell, so dass der Schädlingsbekämpfer gerufen werden muss. Die Stiche dieser Milben sehen dann denen der Herbstmilben relativ ähnlich: Meist ist ein zentraler blauer Punkt im entzündeten Bereich zu erkennen.

Wenn sich schon „Milb’ und Zeck’“ im Garten tummeln, warum sollen dann Flöhe hinten anstehen? Hier gibt es Nager-, Vogel- und vor allem Katzenflöhe *(Ctenocephalides felis)*, die mit Igeln, Mäusen, Vögeln, Füchsen, aber auch eigenen Haustieren in den Garten eingeschleppt werden.

Rasterelektronenmikroskopische Aufnahme eines Katzenflohs (Ctenocephalides felis) – Männchen und Weibchen saugen Blut.

Der Katzenfloh liebt das menschliche Heim und macht etwa 80 Prozent des Befalls bei Mensch, Hund und Katze aus. Die oft in Reihe erfolgenden, später stark juckenden Stiche sind charakteristisch und können sich beim Einkratzen von Bakterien stark entzünden. Zwar war seit langem bekannt, dass Flöhe Würmer und Bakterien übertragen können, aber erst vor kurzem konnte unsere Arbeits-

Fotos: Mehlhorn, privat

gruppe zeigen, dass auch Viren übertragen werden können, wenn sie so stabil sind, wie zum Beispiel das Hepatitis B-Virus.

Entzündete Flohstiche in Reihe – Flöhe sind „Sensibelchen“ und lassen sich beim Stich leicht stören, stechen dann aber gleich wieder ein.

Nun was kann man tun? Still leiden oder den eigenen Garten im Sommer meiden? Da sind zunächst relativ einfache Maßnahmen möglich:

Organisatorische Maßnahmen

1. Am Zaun ein engmaschiges Drahtnetz bis in circa 30 Zentimeter Höhe anbringen, damit Mäuse und Igel abgehalten werden.
2. Den Komposthaufen fern vom Haus anlegen.
3. Den Rasen sehr kurz halten (möglichst im Wochenabstand mähen, man entfernt damit die Milben und Zecken und hält Mäuse fern).
4. Bei der Gartenarbeit Stiefel tragen.

Repellierung / Duftabwehr

Hierbei handelt es sich um Duftstoffe, die im Idealfall sowohl Zecken, Milben und Insekten vom Körper fernhalten. In unserer Universitätsausgründung Alpha-Biocare haben wir ein solches Mittel entwickelt, und zwar aus Extrakten des so genannten Mönchspfeffers *(Vitex agnus castus)*. Sprüht man Schuhe, Socken, Hosen oder nackte Beine vorn, seitlich und hinten bis mindestens auf Kniehöhe ein, so ist man für vier bis fünf Stunden vor den Angriffen von Milben, Zecken und Flöhen geschützt. Sprüht man diese Mittel im Sommer zudem auf alle unbedeckten Hautteile, so schützen sie auch vor lästigen Stichen (wirksame Beispiele sind unter anderem Autan® oder das von uns entwickelte Viticks-Cool®).

Biocide

Diese Mittel töten Insekten, Zecken und Milben. Allerdings sind einige Produkte auf dem Markt, die nicht unbedenklich sind. Die Grundidee des Forschungsbedarfs bestand darin, pflanzliche Inhaltsstoffe zu finden, die gegen die Blutsauger wirksam und umweltverträglich sind und natürlich auch keine toxischen Nebenwirkungen beim Menschen hinterlassen.

Mit einem Extrakt aus dem Samen des Neem-Baums ist dies gelungen. Dieser Extrakt – 1:40 mit Wasser verdünnt – tötet im Garten und Stall oder im Haus alle oben genannten Blutsauger in kurzer Zeit.

Repellierendes Mittel (Viticks Cool Plus) und das Biocid (Mite-Stop) der Uni-Ausgründung Alpha-Biocare, Düsseldorf.

Bei den Herbstmilben, die ja nicht gleichzeitig aus dem Boden kommen, ist etwas Geduld gefragt. Hier sollte die Behandlung drei Mal in der Abenddämmerung an drei aufeinander folgenden Tagen erfolgen. Zwei Stunden nach dem Aufbringen auf befallene Flächen empfiehlt sich eine Wässerung der besprühten Flächen, weil dann der Wirkstoff noch in den Boden eindringt und dort die bereits für den nächsten Tag „startbereiten“ Milben erfasst. Dieser Extrakt, der auch in unseren Hausmitteln (10 Prozent) enthalten ist, wurde in dermatologischen Hauttests für unbedenklich befunden. ■

Prof. Dr. Heinz Mehlhorn ist Parasitologe an der Universität Düsseldorf und langjähriger Entwickler von Produkten gegen Parasiten, Buchautor

Literatur

Mehlhorn H, Schmahl G, Schmidt J (2005) Extracts of the seeds of the plant Vitex agnus castus proven to be highly efficacious as a repellent against ticks, fleas, mosquitoes, and biting flies. Parasitol Res 95: 363-365

Mehlhorn H, Schmahl G, Schmidt J (2006) Repellenz von Zecken durch Duftstoffe des Mönchspfeffers (Vitex agnus castus) . Chemotherapie Journal 15: 175-179.

Mehlhorn B, Mehlhorn H (2003) Zecken, Milben, Fliegen, Schaben....Schach dem Ungeziefer. Springer, Heidelberg, 3. Auflage.

Mehlhorn B, Mehlhorn H (2009) Zecken auf dem Vormarsch. Düsseldorf University Press.

Mehlhorn H (ed) (2008) Encyclopedia of Parasitology. 3rd ed. Springer, Heidelberg, New York.

Mencke N, Vobis M, Mehlhorn H, D´Haese J, Rehagen M, Mangold-Gehring S, Truyen U (2009) Transmission of feline calicivirus via the cat flea (Ctenocephalides felis) Parasitol Res 105: 185-190.

Kindgerechte Prävention

Wie erklärt man Kindern, dass sie selbst auf Zecken achten müssen, ohne ihnen den Spaß an der Natur zu nehmen? Der Bedarf war schon lange bekannt und wurde auf dem Workshop des Aktiven-Rats im November 2008 thematisiert.

Ein Vorleseheft sollte gestaltet werden und ein Plakat, beides für KITAS und ABC-Schützen. Das nahm Vorstandsmitglied Monika Sickfeld in die Hand.

Die Barmer Ersatzkasse bewilligte uns einen gehörigen Zuschuss, um diese Aufklärungsmedien zu produzieren

Fotos: Mehlhorn, privat, Shutterstock

Imprägnierte Hosen für Forstarbeiter

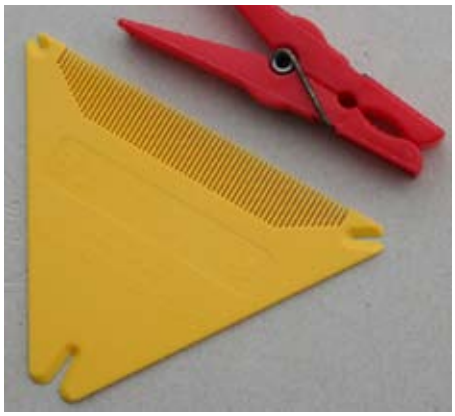
Was Wollteppiche vor Insekten und Soldaten vor Zecken schützt, soll nun nochmals gründlich untersucht werden. Es geht um den Wirkstoff Permethrin*, der bereits seit Mitte des 20. Jahrhunderts zur Bekämpfung von Schadinsekten in der Landwirtschaft aber auch im Haushalt eingesetzt wird. Trotz beeindruckender Datensammlung und guter Erfahrung mit Arbeitskleidung, die mit Permethrin imprägniert ist, veranlasste das Sächsische Umweltministerium eine zusätzliche Studie, um die Anschaffung solcher Schutzkleidung für Forstleute als wirklich sinnvoll und nicht schädlich begründen zu können.

Etwas unverständlich ist die Motivation für die Studie aber doch, denn die Bundeswehr hat die Ausrüstung der Kampfbekleidung mit Permethrin bereits im Jahr 2000 angeordnet. Das Tragen einer imprägnierten Uniform gehört dort zum Gesamtsystem der Prävention. Es gibt auch schon eine Studie des Zentralen Instituts des Sanitätsdienstes der Bundeswehr, Koblenz, (Leiter der Laborgruppe PD Dr. Michael K. Faulde) mit der Schlussfolgerung, dass die Bekleidungsimprägnierung eine einfache, sichere und hervorragend wirksame Methode zur Prävention von Zeckenbefall und Zecken-übertragenen Erkrankungen darstelle. Dazu hatten sich sechs Freiwillige gemeldet, die mit nichtimprägnierter Kleidung durch ein mit Zecken belastetes Terrain stapften. Um niemanden in Gefahr zu bringen, wurden die Zecken in Fünf-Minuten-Abständen abgesammelt. Nach 36 Stunden Aufenthalt sammelten die Probanten mit nichtbehandelter Kleidung 132 Schildzecken ein, mit behandelter Kleidung nur sechs Zecken.

Auch Dr. med. Joseph Burrascano jun. empfiehlt in seinen Richtlinien Permethrin als den wirksamsten Stoff, um Zecken abzuwehren. Er rät allerdings davon ab, den Wirkstoff direkt auf die Haut aufzubringen. Das Bundesinstitut für Risikobewertung testete 2007 die Permethrin-Belastung bei Personen, die mit imprägnierten Teppichen leben. Die hier festgestellten Mengen an Permethrin-Stoffwechselzwischenprodukten im Urin entsprachen in der Höhe etwa jenen Mengen, die auch bei der Allgemeinbevölkerung gefunden wurden, deren Wohnungen nicht mit Wollteppichen ausgestattet waren. ■

* **Permethrin** gehört zu den Pyrethroiden; das sind synthetisch hergestellte Abkömmlinge von Substanzen, die in Pyrethrum vorkommen, welches aus Chrysanthemenblüten gewonnen wird. Da Pyrethroide Nervengifte sind, können sie bei unsachgemäßer Anwendung – abhängig vom Ausmaß der Exposition und der Dosierung – auch beim Menschen vorübergehende Symptome wie Stechen, Jucken, Brennen, Taubheitsgefühle oder Überempfindlichkeit des Atemtraktes auslösen.

und sie an Ort und Stelle zu verschicken. Wir lagern derzeit 1000 Plakate und 10.000 Bilder-Text-Hefte. Einerseits bieten wir sie den KITAS und Schulen direkt an. Wer darüber hinaus Bedarf weiß, schickt ganz einfach die jeweilige Adresse an die Geschäftsstelle oder direkt an
Monika Sickfeld
Borreliose SHG-Oldenburg
Otto-Wels-Str. 40, 26133 Oldenburg.
E-Mail: m.sickfeld@web.de



Zeckenkammkarte

Das neuste Modell einer Zeckenkarte passt zwar nicht mehr in die Geldbörse, bietet aber speziell Tierbesitzern einen Zusatznutzen. Eine der drei Seiten ist mit einem feinen Kamm ausgestattet, mit dem sich im Fell kriechende Zeckenlarven und –nymphen aufspüren lassen.

Drei verschieden tiefe Einkerbungen hebeln festgesogene Zecken heraus, mit der kleinsten lasse sich, so der Hersteller, sogar der abgerissene Stechapparat entfernen. Vertrieb über Apotheken für 1,95 bis 2,35 Euro. **www.dr-schick.de**

Ganzkörper-Kondom?

Es klingt logisch, aber auch irgendwie bedrohlich und futuristisch, dass man Kinder in einen Zeckenschutzanzug stecken soll, um sie vor Zeckenstichen zu bewahren.

Der Hersteller, ursprünglich spezialisiert auf Nachtwäsche, bietet die luftdurchlässigen Ein- und Zweiteiler aus 100 Prozent Polyester in Rosa und Khaki in Kindergrößen von 74 bis 140 ab 39 Euro an. Ihr Gewicht betrage nur zwischen 80 und 140 Gramm je nach Größe. Zecken könnten das Gewebe nicht durchdringen. Körpernahe Arm-, Bein- und Halsabschlüsse erschwerten das Eindringen von Zecken.

Unser Einwand: Zecken bei Kindern säßen meistens nicht da, wo der Anzug sitzt, sondern am Haaransatz, am Hals und hinter den Ohren. Eltern könnten glauben, dass sie sich mit dieser Ganzkörperverhüllung das Absuchen ersparen. Darauf werde ausdrücklich hingewiesen, so der Hersteller. **www.zeckenschutzanzug.de**

Zeckenzieher

Auf den ersten Blick ein graziler Nadeleinfädler. Doch der Hersteller TechnaNova, Reich/RLP, hat die Drahtschlinge so modifiziert, dass sich die Nymphe automatisch einfädelt und selbst an schwer zugänglichen Körperteilen einhändig herausziehen lässt. Dies ist noch ein Prototyp. Die Website, die mehr Information verspricht, ist in Arbeit.

Jedes Mitglied mehr erhöht den Druck auf Politik und Ärzteschaft.
BORRELIOSE UND FSME BUND DEUTSCHLAND

Foto: Fischer, Hersteller (3)

Lyme-Borreliose – jetzt kümmert sich die EU um unsere Probleme

BFBD-Vorstandsmitglieder waren in Brüssel

von Ute Fischer
und Manfred Wolff

Das Ziel existierte schon lange in der Strategie des Borreliose und FSME Bundes Deutschland (BFBD), nämlich eine Verbesserung der Patientensituation auf europäischer Basis herbeizuführen, weil die deutsche Gesundheitspolitik versagt. Unzählige Briefe des BFBD und von Borreliosepatienten an die gewesene Gesundheitsministerin, an Ärztekammern und Gesundheitspolitiker, aber auch inhaltlose Antworten irgendwelcher Fachabteilungen füllen Ordner, die eigentlich nur das Elend der Borreliose und die Interesselosigkeit archivieren. Das glückliche Zusammentreffen unseres Vorstandsmitglieds Manfred Wolff mit der Europaabgeordneten Dr. Anja Weisgerber konkretisierte im Herbst 2009, wie der Weg nach Europa aussehen könnte. Vor allem, dass dagegen angegangen werden muss, dass Borreliose in den Statistiken der Europäischen Union (Orphanet) wie auch der Weltgesundheitsorganisation (WHO) als „Seltene Erkrankung“ geführt wird.

Manfred Wolff, Ute Fischer, Eduardo Fernández-Zincke

Dr. Philipp Rösler, Dr. Anja Weisgerber

Das BFBD-Europa-Projekt

Seit einigen Jahren suchen ausländische Borreliose-Patientenorganisationen (wir berichteten) Kontakt zu uns. Aus der Schweiz, aus Frankreich, Polen, der Niederlande und aus Schweden kamen Anfragen für eine gemeinsame Europäische Borreliose-Konferenz, nach Austausch und Zusammenarbeit. Überall hapert es an standardisierter Diagnostik, an adäquater Therapie, an interessierten Ärzten und an der Anerkennung einer chronischen Borreliose. Überall gibt es Verharmloser und Verhinderer und gesundheitspolitische Strukturen, die die Borreliose als leicht zu behandelnde Infektion abtun. Und überall verzweifeln Betroffene, weil sie nicht gesund werden können, aber auch Ärzte, weil ihnen vom Staat die Hände gebunden sind.

Im September 2009 trafen sich die Vorstandsmitglieder Albert Bensing, Ute Fischer, Hans-Karl Schönner, Dietmar Seifert, Monika Sickfeld und Manfred Wolff in dessen Orchideen-Gärtnerei in Wonfurt-Steinsfeld, sowie Mitglied Eduard Huniar, um in einem Workshop zu diskutieren, ob der BFBD schon reif für ein Europa-Projekt sei. Mitglied Birgit Jürschik-Busbach hatte ein umfangreiches Konstrukt erarbeitet, in welcher Form europäische Fördermittel beantragt werden könnten. Schnell wurde klar, dass ein Projekt dieser Art über Nacht zur Insolvenz des Vereins führen könne, weil selbst nach kostenintensiver Vorleistung (das ist Bedingung) keine Garantie auf Fördermittel bestehe. Also umdenken und neu nachdenken.

Fazit des Workshops: Wir gehen den Weg der kleinen überschaubaren Schritte. Wir entwickelten und übersetzten ein Anschreiben und einen Fragebogen ins Englische und recherchierten die Adressen und Ansprechpartner von derzeit 14 Borrreliose-Patientengruppen in Dänemark, Frankreich, Großbritannien, Niederlande, Schweden, Norwegen, Polen Finnland, Slowenien, Österreich und der Schweiz. Europa-Manager Eduard Huniar packte Anfang Dezember dicke Sendungen mit Flyern und Magazinen. Über Resonanz und Fortgang werden wir im nächsten BORRELIOSE WISSEN oder spätestens mit der Einladung zur Mitgliederversammlung berichten.

Europa-Verbündete

Dr. Anja Weisgerber, MdEP, Mitglied des CDU/CSU-Gesundheitsausschusses in Brüssel, hatte bei ihrem Besuch im Workshop Folgendes ins Gästebuch geschrieben: *„Das Treffen fand ich sehr aufschlussreich. Ich werde den BFBD auch in Zukunft helfen und würde mich freuen, wenn ich bei der Gründung eines Europäischen Dachverbands unterstützen kann. Ihr seid in Brüssel herzlich willkommen!“* Vier Wochen später war die Einladung da, mit einem Vertreter der Kommission für Gesundheit über Borreliose in Deutschland und in Europa zu diskutieren und Handlungsbedarf anzumahnen. Doch es kam viel besser.

Das Europa-Team

Zu den Vorstandsmitgliedern Ute Fischer und Manfred Wolff wurde die Einladung von Dr. Weisgerber auf die Journalistin Ulrike Langer, freie Mitarbeiterin des Haßfurter Tagblatts, erweitert. Die drei starteten am 29. November nach Brüssel, um ein gut vorbereitetes Programm abzuarbeiten. Im Gepäck vier Forderungen an die Europäische Gesundheitskommission:

1. Lyme-Borreliose ist keine seltene Krankheit und muss aus dem Europäischen Register „Orphanet“ entfernt werden. Lyme-Borreliose ist eine Infektionskrankheit vom Ausmaß einer Volkskrankheit, in Deutschland, überall

Foto: Ulrike Langer

in Europa. Deshalb Forderung nach europaweiter Statistik der Borreliose, Facharztausbildung Borreliose, Schaffung von Borreliose-Ambulanzen und Borreliose-Zentren.

2. Laborwerte müssen standardisiert werden

Vorteil: Die Diagnostik-Kosten (derzeit rund 50 Mio. Euro pro Jahr in Deutschland) würden sinken. Der Arzt müsste nicht immer und immer wieder herumprobieren, ob das Labor ihm die Entscheidung pro oder contra Therapie abnimmt.

3. Forderung nach europaweiter Meldepflicht

4. Prüfung der Unabhängigkeit von EUCALB, eine aus europäischen Experten bestehende Ärzterunde, die analog der US-Gesellschaft IDSA (Infectious Diseases Society of America) eine chronische Borreliose verneint. Unter den EUCALB-Mitgliedern befinden sich auch Ärzte, die in Deutschland Borreliosepatienten als psychisch krank bezeichnen und Mitglieder der Deutschen Borreliose Gesellschaft beleidigen.

1. Termin: Vertretung des Freistaates Bayern bei der Europäischen Union.

Gesundheitsreferentin Nadja Heberer zeigt sich verblüfft, dass die Diagnose und Behandlung der Borreliose in Deutschland ein Problem sei. Ihr mündliches Anerbieten, die in Papier überbrachten Forderungen per E-Mail an das Bayerische Gesundheitsministerium weiterzuleiten, zieht sie beim Gegencheck des Textes wieder zurück. Zu weit hinausgelehnt? Aber am Freistaat Bayern sind wir sowieso dran.

2. Termin: Gesundheitskommission der Europäischen Union.

Die Kommissarin Androulla Vassiliou hatte wenige Tage zuvor das Ressort gewechselt. Der Nachfolger, John Dalli, seit 2008 Maltesischer Sozialminister, ist noch nicht im Amt. Doch Eduardo Fernández-Zincke, Arzt, Spanier, Kabinettsmitglied der Gesundheitskommission und dort zuständig für Infektion und Prävention, ist sowieso die richtige Adresse. Seine offensichtliche Freundlichkeit wechselt schnell in ein verschmitztes Lächeln: Ja, es sei auch der EU nicht verborgen geblieben, wie emsig wir die Borreliose in die Öffentlichkeit getragen haben. Unverständnis allerdings zu Forderung 3 – europaweite Meldepflicht für Borreliose – die gebe es doch schon. Aber niemand kontrolliert, ob es die Länder tun oder nicht.

Fernández-Zincke: *„Wir haben entdeckt, dass es keine einheitlichen Labortests gibt, ja dass die Krankheit noch nicht einmal genau definiert ist. Daraus leitet sich für die Gesundheitskommission Handlungsbedarf ab.“* Was heißt das für uns? Es wird ein Projekt auf den Weg gebracht, um eine Bestandsaufnahme zu erlangen und Problemlösungen zu erarbeiten: Definition der Krankheit und ihrer unterschiedlichen Ausprägungen, das Risikopotenzial, Erkrankungszahlen, standardisierte Labortests, vielleicht auch Therapiestudien. Die Planung liegt auf dem Tisch. Von den 40 Millionen Euro, die für rund 8.000 Seltene Erkrankungen bei der EU geplant sind, gilt die Borreliose als Hauptprojekt. Endlich! Kann der neue Kommissar das Projekt noch stoppen? Fernández-Zincke: „Nein, das Budget ist eingeplant“. Die Neurologen, das RKI und das NRZ werden wieder alles verharmlosen. Fernández-Zincke: *„Es werden alle daran Beteiligten einbezogen – auch die Patientenorganisationen!“* Danke.

Und er sagt noch etwas, was wir seit Jahren fühlen und spüren: **„there is a lot of underreporting“** – übersetzt eine Mischung aus „zurück gehaltene Berichte, unter den Teppich gekehrtes Wissen, verhinderte Berichterstattung“. Ja, wir wissen, dass Medienvertreter, selbst wenn sie auf BFBD-Pressemitteilungen hin neugierig wurden, vom Robert Koch-Institut (RKI) und vom Nationalen Referenzzentrum (NRZ) beschwichtigt wurden: „ist alles nicht so wild“. Und die gegen Patienten abfällige Berichterstattung einiger medizinischer Zeitschriften tat ihr Übriges. Underreporting! Siehe Editorial Seite 2.

3. Termin: der deutsche Gesundheitsminister

Fast neidisch hörten wir im Büro von Dr. Weisgerber, dass noch am gleichen Abend ein kleiner Empfang von Dr. Philipp Rösler im EU-Gebäude stattfinden solle. Solche Beziehungen müsste man haben. *„Ach was, ich nehme Sie einfach mit. Denken Sie sich schon mal zwei knackige Sätze aus, mit denen sie Interesse bei ihm wecken“.* Es werden mehr als zwei Sätze. Mindestens zehn Minuten hört er uns aufmerksam zu, in denen wir über das Kreuz mit der chronischen Borreliose sprechen, über untherapierte Patienten, unwissende Ärzte, ignorante Gutachter und Richter und das Stigma, depressiv in der Psychoschublade zu landen. Wir können leider auch an der ausgeschiedenen Patientenbeauftragten kein gutes Haar lassen und an der inkompetenten Fachabteilung seines Ministeriums, die mit inhaltsleeren Worthülsen antwortet. Und wir berichten über die BMG-Studie „Seltene Erkrankungen“ und über die Zoonosen-Studie, in denen wir fehlen. Er gibt uns seine Visitenkarte: *„Schicken Sie Ihre Unterlagen bitte persönlich an mich“.*

4. Termin: auch nicht ohne

Dr. Peter Liese, Arzt, ebenfalls Mitglied des Europäischen Parlaments und gesundheitspolitischer Sprecher der CDU sowie der EAP, und Stefan Kapferer, beamteter Staatssekretär im Bundesministerium für Gesundheit und somit Chef der „Abt. 3“ sowie des RKI, schenken uns ihre Aufmerksamkeit. Wir erzählen alles noch einmal. Es sprudelt aus uns heraus und niemand widerspricht oder unterbricht uns. Ist das wirklich so neu? Oder nur unfassbar? Oder liegt es am „underreporting“, dass so viele Menschen glauben, alles verliefe in geregelten Bahnen mit der Borreliose? Auch hier erhalten wir Visitenkarten und die Aufforderung, die Fakten zu schicken.

5. Termin: Gesundheitsattaché

Frau Irene Wittmann-Stahl repräsentiert die Ständige Vertretung der Bundesrepublik Deutschland bei der Europäischen Union als Referatsleiterin. Auch ihr erläutern wir, wie Ärzte gegen Ärzte losgehen, wie die Deutsche Borreliose-Gesellschaft ignoriert wird und wie sich Ärzte über Patienten lustig machen mit einer „Internetborreliose“ und vieles mehr.

Nicht erst auf der Heimfahrt begreifen wir: Das waren Sieben-Meilen-Schritte und „Wir müssen dranbleiben“. Unsere weitere Anwesenheit wird in Brüssel erwartet. ■

Viele Mitglieder erreichen mehr.

Werden Sie Mitglied. Nur wenn wir viele sind, können wir unsere Forderungen mit Druck verfolgen.

BORRELIOSE UND FSME BUND DEUTSCHLAND

USA: Ein neuer Versuch Lyme-Borreliose umzudefinieren?

Vor kurzem wandte sich die US-amerikanische Patientenorganisation Lyme Disease Association (LDA) mit einem Brief an die Senatoren des US-Bundesstaats New Jersey, um gegen ein dort geplantes „Center of Excellence“ zu protestieren. Hintergrund des Protests: Im geplanten „Exzellenz-Zentrum“ soll zu chronischen „neuro-endokrinen Immunstörungen“ geforscht und neue Diagnose- und Therapieoptionen entwickelt werden. Das scheint zunächst einmal löblich, macht jedoch stutzig, wenn man liest, welche Krankheiten bzw. Beschwerdebilder dort den „neuro-endokrinen Immunstörungen“ zugeordnet werden. Als da sind:

- Chronisches Müdigkeitssyndrom (CFS),
- Fibromyalgie,
- Golfkriegssyndrom,
- **Lyme-Borreliose**,
- multiple Empfindlichkeitsstörungen (gegen Chemikalien etc.) sowie weitere Umwelterkrankungen.

Seit Jahren ist eine internationale Arbeitsgruppe von CFS-Forschern, Ärzten und Patientenvertretern bemüht, einen neuen Namen für das „chronische Müdigkeitssyndrom“, sowie deren Ursache und Krankheitssymptome zu finden. Diskutiert wird hierbei die Bezeichnung „neuroendocrine immune disorder“ (= neuro-endokrine Immunstörung).

Doch ist es wissenschaftlich und medizinisch korrekt, die Lyme-Borreliose als eine neuro-endokrine Immunstörung zu bezeichnen? Könnte eine solche Bezeichnung nicht eher Borreliosepatienten und den sie behandelnden Ärzten einen Bärendienst erweisen? Nicht umsonst führt die LDA an, dass ein Patient, der unter Husten leidet, differenziert behandelt wird, je nachdem, ob sein Husten durch Lungenkrebs, Tuberkulose oder eine Erkältung verursacht wird. Sollten Therapien nicht in erster Linie auf die Ursachen der Erkrankung zielen – soweit sie bekannt sind, und nicht allein auf die Symptome? Oder, um bei diesem Beispiel zu bleiben, sprechen wir bei Tuberkulose demnächst von einem „chronischen Hustensyndrom“ oder bei Morbus Alzheimer vom „chronischen Vergesslichkeitssyndrom“?

Fakt ist: Die Lyme-Borreliose ist kein „Syndrom“ mit unbekannter Ätiologie. Das verursachende Pathogen der Lyme-Borreliose ist seit Jahrzehnten bekannt; gleiches gilt für Diagnose- und Therapiemöglichkeiten dieser komplexen, bakteriellen Infektion. Alles Andere würde den zigtausend Studien widersprechen, in denen mit Mäusen, Hunden und Primaten das Lyme-Borreliose verursachende Pathogen erforscht und beschrieben wird. Man darf somit gespannt die weitere Entwicklung des geplanten Exzellenz-Zentrums und seiner Forschung, insbesondere über Lyme-Borreliose, verfolgen. ■

BFBD in Berlin

Die Bundestagswahl stand schon am Zenit. Trotzdem nahmen Ute Fischer und Manfred Wolff (BFBD-Vorstand) einen Termin am 20. August 2009 in Berlin wahr. Glücksfall: Die heutige Staatssekretärin des Bundesgesundheitsministeriums, Annette Widmann-Mauz, damals noch Gesundheitspolitische Sprecherin der CDU/CSU, hatte uns zu einem auch nach der Wahl noch amtierenden Mitglied des Gesundheitsausschusses, Dr. Rolf Koschorrek, Arzt, beordert, um unsere Forderungen an die Gesundheitspolitik persönlich vorzutragen. Vor allem monierten sie den Teufelskreis aus Patientenbeauftragter, Robert-Koch-Institut (RKI), Nationalem Referenzzentrum, Ärztekammern, Kassenärztlichen Vereinigungen und Medizinischer Standespresse, die die wirklichen Problemlösungen um die Borreliose mehr verwalteten statt sie anzugehen. Fast ungläubig registrierte Koschorrek, dass es kaum Behandler für Borreliose gebe, dass die RKI-Zahlen veraltet und eine kleine Gruppe von Ärzten in mafiöser Art das Meinungsbild der Borreliose vor Gerichten zum Nachteil der Anspruchssteller und zum Vorteil von Versicherungen beherrsche. Wenige Tage vor der Bundestagswahl kam denn auch eine Antwort von der scheidenden Gesundheitsministerin in der Gestalt, dass ihre Fachabteilung (siehe Seite 37) sich des Themas angenommen habe. Die Antworten sind zu flach, um dieser Zeitschrift den Platz zu stehlen.

BFBD in München

Sieben Monate „Beschuss mit Brandbriefen“ von Vorstandsmitglied Manfred Wolff mündeten am 7. Juli 2009 in einem Gesprächstermin mit drei Mitgliedern des CSU-Gesundheitsausschusses Christa Stewens, Dr. Otto Hünnerkopf und Dr. Thomas Zimmermann, wo Wolff zusammen mit der Vorsitzenden Ute Fischer und der Vorsitzenden des Münchner Borreliose-Selbsthilfevereins, Gabriele Nordt, drei Forderungen übergaben und diskutierten.

1. Meldepflicht in Bayern. 2. Borreliose-Ambulanzen und/oder Schwerpunktpraxen auch für gesetzlich Versicherte. 3. Kontrolle der Ärztlichen Selbstverwaltung.

Zu den Punkten 1 und 2 reichte die CSU im Dezember 2009, gemeinsam mit vier Mitgliedern der FDP-Fraktion einen Antrag an den Landtag ein, über den Sachstand zu Borreliose-Erkrankungen in Bayern zu berichten. Dem nachgeschoben wurde seitens der FDP ein weiteres Informationsgespräch mit Dr. med. Otto Bertermann am 12. Januar 2010. Beide Gespräche waren seitens der Politiker geprägt von Erschütterung, Ungläubigkeit und Hilfsangeboten, sich für Borreliosepatienten in Bayern stark machen zu wollen.

Briefwechsel mit Brigitte Zypries MdB, bis September 2009 Justizministerin

Sehr geehrte Frau Fischer,
vielen Dank für Ihr Schreiben mit der aktuellen „Borreliose Wissen“. Ich weiß um die Gefahren, die von einem Zeckenbiss ausgehen und dass es in vielen Regionen Deutschlands Zecken gibt. Daher bin ich auch entsprechend geimpft.

Sehr geehrte Frau Zypries,
es wäre auch für Sie privat sinnvoll gewesen, wenn wir im Frühjahr ein Gespräch geführt hätten (siehe Borreliose Wissen Nr. 20, Seite 2). Dann wüssten Sie nämlich, dass es nicht nur „in vielen Regionen Deutschlands“ Zecken gibt, sondern flächendeckend auf der nördlichen Erdkugel. Und Sie wüssten auch, dass Sie Ihre „entsprechende Impfung“ nicht vor Borreliose schützt. So begeistert wir Glossen verfassen, können wir uns gar nicht darüber freuen, dass Politiker, die über unser Wohl und Wehe entscheiden, so uninformiert sind. Schlafen Sie weiter.

Foto: Wikimedia/Alexander Klink

Dr. Philipp Rösler, Bundesminister für Gesundheit

Neuer Minister mit alter Fachabteilung

Jeder, der schon einmal ans Bundesgesundheitsministerium geschrieben hat, erhält eine Antwort mit besten Grüßen vom jeweiligen Minister, der die Unterlagen zu Beantwortung an „die Fachabteilung“ gegeben habe. Antwort kommt dann von der Abteilung 3, der Unterabteilung 33 oder den Referaten 331, 332, 333 oder 334 aus Bonn. Zuweilen steht vor dem Namen des Schreibenden sogar ein Dr. und man wähnt sich im guten Glauben, hier habe also ein medizinischer Fachmensch geantwortet. Falsch. Verschiedene Stichproben bei Sekretärinnen klärten, dass die Unterzeichner keine Ärzte waren.

Die Pressestelle des Bundesgesundheitsministerium schweigt auf die Frage, wie viele Ärzte überhaupt in diesen Fachabteilungen tätig seien. Soviel haben wir aber in Erfahrung gebracht, nämlich dass die Mitarbeiter dieser Fachabteilung und Referate keineswegs ausgetauscht werden, wenn die regierende Partei wechselt und ein neuer Minister kommt. Grund: Die meisten dieser „Ratgeber des Ministers“ sind fest angestellt oder sogar verbeamtet. Was beim Verkehrsministerium zu einem medialen Aufschrei führte, nämlich dass Minister Ramsauer die halbe Mannschaft seiner Fachabteilung feuerte, wird beim Gesundheitsministerium nicht der Fall sein, wie man frohlockend durch die Medien schickte. Das heißt: Die Betonköpfe in der Art eines Bonner Callcenters bleiben. Briefe an Patienten werden weiterhin aus dem alten Phrasenspeicher von Inkompetenten und daher inhaltslos, die Not verwaltend aber politisch vertretbar beantwortet. Kritische Hinterfragung, Neuorientierung und Korrektur festgeklopfter Inhalte hieße für sie, sich selbst Fehler in der Vergangenheit einzugestehen. Wir haben dies beim Minister reklamiert. Die Medien haben unsere Pressemitteilung unterschlagen. Grund siehe Editorial Seite 2. ■

FOTO: ULRIKE LANGER

Endlich echte Borreliose-Zahlen 2008

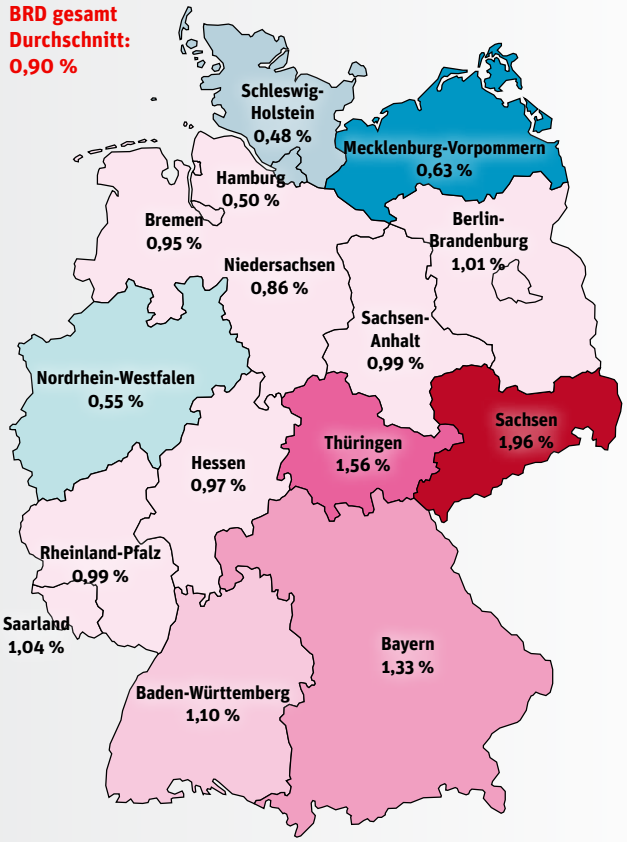
Seit Jahren publizieren das Robert Koch-Institut (RKI) und das Nationale Referenz Zentrum (NRZ) jährliche Borreliose-Zahlen in einer Größenordnung von 40.000 bis 80.000. Dass diese Zahlen schon vor 17 Jahren im Buch von Dr. Horst zu lesen waren, beeindruckt beide nicht, denn diese beziehen sich auf eine viel zitierte Untersuchung aus 1999.

Da es danach keine Untersuchungen gegeben habe, könne man die Zahlen nicht korrigieren, auch nicht anhand der Meldepflicht in den neuen Bundesländern, wo sich die Borrelien-Infektionen explosionsartig multiplizierten.

Freude im Frühjahr 2009. Die DAK publizierte Zahlen über Borreliose-Fälle ihrer Versicherten. Danach hätten rund 0,37 Prozent der DAK-Versicherten in 2008 eine Borreliose mit Erythema migrans (die sicherste Diagnose) erlitten. Begierig fragten wir auch die AOK, die Barmer und die Techniker Krankenkasse. Kaum zu glauben: Auch AOK und Barmer wiesen ähnliche Infektionsraten ihrer Versicherten auf. Den Vogel schoss schließlich die Techniker Krankenkasse ab: 0,9 Prozent der Versicherten waren nach dem ICD-10-Schlüssel codiert, in Echtzahl: 61.286 Versicherte. Hochgerechnet auf die Bundesrepublik hätten somit in 2008 743.000 Menschen eine Borreliose mit Wanderröte erlitten. Nachdem rund die Hälfte der Infizierten überhaupt keine Wanderröte ausbilden oder an nicht einsehbaren Stellen, kann also mit wenigstens einer Million Neuinfektionen gerechnet werden, denn die Wanderröte ist das Erstsymptom einer Infektion.

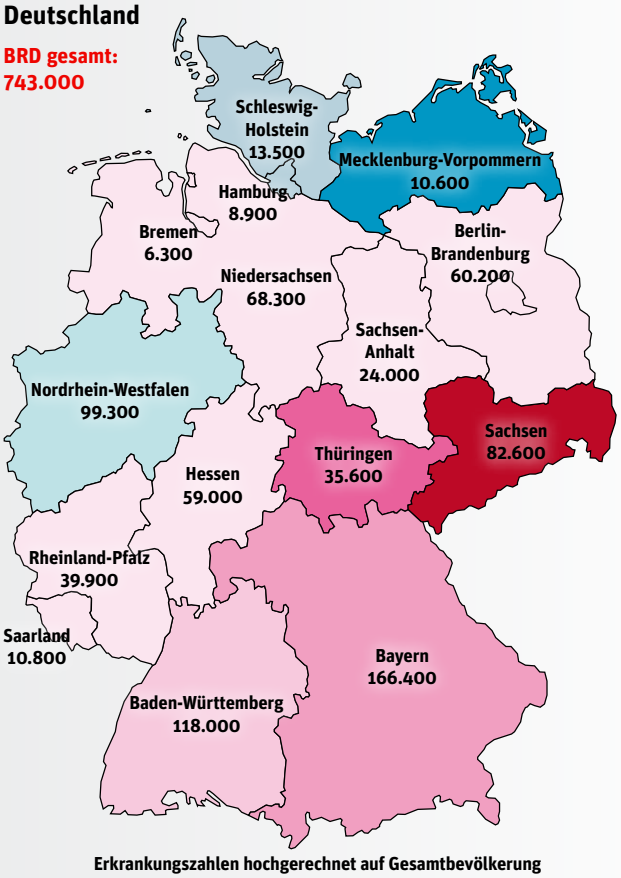
Das RKI winkte jedoch ab. Man müsse diese Zahlen erst einmal wissenschaftlich untersuchen. Die eiligst organisierte Pressekonferenz im Frankfurter Presseclub musste mangels Teilnehmern abgesagt werden. Jetzt ist bekannt, warum. Siehe Editorial, Seite 2.

Inzidenz der Lyme-Borreliose 2008 in Deutschland



Prozentanzahl der Diagnosen an den Versicherten der TK

Erkrankungszahlen der Lyme-Borreliose 2008 in Deutschland



Erkrankungszahlen hochgerechnet auf Gesamtbevölkerung

Basis: Diagnosen ICD-10: A69.2 der Techniker-Krankenkasse (TK) für das Jahr 2008

A69.2 Lyme-Krankheit: Erythema chronicum migans durch Borrelia burgdorferi

© Borreliose und FSME Bund Deutschland e. V. · Dietmar Seifert

ICD-10-Vernebelungstaktik

Für den Patienten ist alles klar! Ist er erst einmal – auf welchem Wege auch immer – auf eine Symptomenliste zur Borreliose gestoßen, findet er sich in vielen Punkten in seinem Leiden bestätigt. Geht er mit dieser Vermutung zum Arzt, stößt er meist auf jemanden, der mit dem Begriff Borreliose nichts anzufangen weiß, auch weil er deren ICD-10-Nummer (International Classification of Diseases) nicht kennt. Dies ist der internationale Code für eine Krankheit. Sucht der Arzt nun im Internetportal nach der ICD-Nummer zur Borreliose, stößt er auf heftigen Widerstand, denn weder unter „Lyme-Borreliose" noch unter „Neuroborreliose" oder „Borreliose alleine" ist etwas zu finden. Borreliose gibt es nicht.

Ein BFBD-Mitglied stieß auf diese Misere, trotz oder gerade wegen eigener Kenntnis der ICD-Bezeichnung erst, als ihm ein Arzt bei der Erstellung eines Merkblattes behilflich war und diesen Zusammenhang so darstellte: „Die ICD-10-Klassifikation gibt »Borreliose« nicht her, verbindliche Leitlinien zur Borreliose gibt es nicht."

„Borreliose gibt es nicht"

So sitzen denn wohl etliche der KV-Vorderen vor den Bildschirmen und suchen vergeblich die ICD-10 Nummer zur Borreliose. Die Folge sind reihenweise Regressforderungen an Ärzte wegen vermeintlicher Nicht-Existenz der Borreliose. So blockiert sich ein inzwischen marodes System selbst. Die Linke betonte vor Kurzem, dass das Gesundheitssystem marode sei bis auf die Knochen – so plötzlich?

Da hat sich die ICD-10 Redaktion richtig angestrengt, die Suche nach „Borreliose" so schwer wie nur möglich zu machen – in der deutschen Medizin eine bewährte Methode der Informationspolitik. So werden die Hürden hoch gesetzt, eigene Unkenntnis deutlich werden zu lassen, um detailliertere Informationen zu verschleiern und zu behindern oder gar eine chronische Borreliose anzuerkennen.

*Dass die ICD-Klassifikation die Borreliose als **„Lyme-Krankheit"** (halb amerikanisch, halb deutsch) bezeichnet, sehe ich als bewusst erstellte Hürde, als Vernebelungstaktik, die entsprechenden Diagnosen aus Such-Lustlosigkeit der Arztpraxen möglichst gering zu halten.*

Ein kritischer Patient – der Redaktion bekannt.

Wolfgang Zöller, Patientenbeauftragter der Bundesregierung

Wolfgang Zöller – neuer Patientenbeauftragter der Bundesregierung

Von Ute Fischer

Oh wie viel Hoffnungen fliegen dem neuen Amtsträger entgegen, er möge sich intensiver für die Belange der Borreliosepatienten einsetzen. Seine Vorgängerin Helga Kühn-Mengel enttäuschte uns sehr mit ihren vollautomatisierten Antwortbriefen auf verzweifelte Hilferufe. Wir erlebten sie lediglich als Puffer zwischen Bundesregierung und Patienten. Ja, sie konnte salbungsvoll reden, vor allem, wenn Reporter anwesend waren und es galt, eine Parteifreundin (Möchtegern-Landrätin Erika Ober in Michelstadt) in ein Amt zu heben. Doch die Taten ließen auf sich warten wie viele Antworten auf unsere Briefe. Auch unsere vier Fragen in Borreliose Wissen Nr. 18 blieben trotz zwei Monaten Vorlauf unbeantwortet. Zugegeben: Wir hatten nicht nach dem Wetter gefragt, sondern sehr unbequem und konkret zur Borreliose. Nun also Wolfgang Zöller.

Der in Obernburg am Mai gebürtige 67-jährige Unterfranke beschäftigt sich seit 1990 mit Gesundheit, Sozialpolitik und Landwirtschaft. Er weiß, wie man Borreliose schreibt, denn wir hatten bereits 2005 E-Mail-Kommunikation, allerdings kurz vor der Bundestagswahl. Seine Antwort traf gleich am nächsten Tag ein, wir möchten uns bis nach der Bundestagswahl gedulden. Danach änderte sich alles. Ulla Schmidt (SPD) blieb, Zöller war nicht länger Gesundheits- und Sozialpolitischer Sprecher der CSU-Landesgruppe. Und die CSU hatte relativ wenig zu sagen.

Zöller hat jetzt schon viel versprochen, von dem uns ein Bruchteil helfen könnte. Er ist für die Ausweitung der Patientenrechte. Der eigene Geldbeutel dürfe nicht ausschlaggebend sein, ob man eine wichtige Behandlung bekomme oder nicht. Jeder, auch die „kleinen Leute" müssten am medizinischen Fortschritt beteiligt werden. Mündige Bürgerinnen und Bürger sollen selbst entscheiden können, welchen Arzt sie im Krankheitsfalle konsultieren. „Sie zu verpflichten, zunächst ihren Hausarzt aufzusuchen, ist für mich Ausdruck eines tiefen Misstrauens der Politik gegenüber den Menschen." Wie wahr.

Im Gegensatz zu Helga Kühn-Mengel, der wir mehrfach empfindlich auf die Füße treten mussten – was uns Ihr Verwaltungsapparat auch spüren ließ – sind wir bei Wolfgang Zöller vermutlich noch ein unbeschriebenes Blatt. Doch was kann sich ändern? Zöller übernimmt komplett die elfköpfige Mannschaft von Kühn-Mengel. Unsere Briefe und E-Mails an den Patientenbeauftragten landen in den gleichen Händen von Schubert, Kronauer, Walzik und Kohorten, die unser Elend filtern und verwalten, alles von Wolfgang Zöller abhalten, was unbequem und unpopulär sein könnte und unsere Patienten mit inhaltsleeren Textbausteinen besänftigen. Trotzdem: Schaumermal.

Berufskrankheit einer Imkerin

Mehr als vier Jahre, gestreckt von Widersprüchen und Gutachten, dauerte der Kampf um Anerkennung der Borreliose als Berufskrankheit bei einer Imkerin aus Uelzen. Dann hob die Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft Niedersachsen-Bremen ihren Widerspruchbescheid auf und gewährte Rente.

Verschleppte bayerische Infektionsrate

Das Robert Koch-Institut versuchte, den BFBD einen Maulkorb zu verpassen, als der die Infektionsrate von 0,37 Prozent in 2008 der DAK publizieren wollte: Und dann fand sich in den Archiven eine zehn Jahre alte Pressemitteilung der Abteilung für Infektions- und Tropenmedizin am Klinikum Innenstadt der Universität München. Mit dem Kooperationspartner Max-von-Pettenkofer-Institut, wo bis vor zwei Jahren das NRZ angesiedelt war, hatte man sich im Jahr 1999 auf eine jährliche Infektionsrate von 1,85 Prozent in Süd- und Ostbayern festgelegt. Da kommt selbst die als übertrieben bezeichnete Hochrechnung der Techniker Krankenkasse nicht mit; die extrapolierte in Gesamtbayern eine Infektionsrate von 1,33 Prozent der Bayrischen Bevölkerung, also 166.400 Neuinfektionen. Sechzigtausend Borreliose-Infektionen mehr oder weniger, wen kümmerts?

Foto: Wolfgang Zöller MdB

Anhörung in Baden-Württemberg: Fehlanzeige

Die Einladung der CDU Baden-Württemberg zur „Anhörung Lyme-Borreliose“ am 17. November 2009 entpuppte sich schnell als Feigenblatt-Veranstaltung.

Zwar waren dazu alle Baden-Württembergischen Borreliose-Selbsthilfegruppen geladen, auch der Bundesverband, doch schon die Berufe der Podiums-Teilnehmer (fünf Parasitologen, ein Epidemiologe, ein Neurologe, vier Sozialpolitiker) zeigten, dass es nicht um die Krankheit, sondern um die Zecken im Verbreitungsgebiet gehen solle. Motivation: abgeschreckte Urlauber in Baden-Württemberg.

Hauen und Stechen in der Medizinischen Standespresse

Nach dem Deutschen Ärzteblatt, das keine Berichtigung durch Dr. Berghoff zulassen wollte (Borreliose Wissen 20) und dann in MMW (Fortschritte der Medizin, Ausgabe 22/2009), wo sich der Schriftleiter mit einem zynischen Reim über Borreliosepatienten lustig macht, folgte der nächste Schlag aus der Redaktion der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern namens „Profund“. Dort hatte Dr. Armin Schwarzbach vom Borreliose Centrum Augsburg in der Ausgabe 10/2009 einen Übersichtsartikel über Diagnostik und Therapie der Lyme-Borreliose geschrieben, der darauf von zwei Vertretern des Nationalen Referenzzentrums für Borrelien (Dr. Volker Fingerle und PD Dr. Dr. Andreas Sing) verrissen wurde. Fingerle verteufelt vor allem den LTT (Lymphozyten-Transformations-Test), über den er sich noch wenige Tage vor Erscheinen seines Protestartikels in einer Patientenrunde ausgesprochen „lobend“ geäußert habe. Und das Größte: Die Redaktion der Zeitung entschuldigte sich auch noch, anstatt sich auf ihre Pressefreiheit und freie Meinung der Autoren zu berufen. Oberpeinlich. Eine solche massive Panne, dass eine andere Meinung als die des Nationalen Referenzzentrums veröffentlich wird, darf natürlich nie mehr passieren.

Projekt Ärzte-Netzwerk Hessen

Hessische Borreliose-Ärztefortbildung

Die Stadthalle Wetzlar war voll am 26. September 2009. 250 Ärztinnen und Ärzte aus Hessen waren gekommen, um sich über Borreliose fortzubilden. Es sei – so einige Stimmen – die größte Ansammlung von an Borreliose interessierten Ärzten gewesen. Die Initiative, Planung, Geldbeschaffung und Organisation kamen von den Borreliose-Selbsthilfegruppen Darmstadt-Dieburg, Mittelhessen und Fulda sowie vom Borreliose-Qualitätszirkel Alheim-Heinebach unter Moderation von Dr. med. Wilderich Becker, Laboratoriumsmedizin Kassel MVZ. Die Einladung dazu erfolgte durch die Kassenärztliche Vereinigung Hessen. Die Landesärztekammer Hessen steuerte acht Fortbildungspunkte bei.

Die Referenten: Dr. med. Arthur Klementz, Alheim-Heinebach, PD Dr. med. Klaus-Peter Hunfeld, Frankfurt, Prof. Dr. rer. nat. Peter Zipfel, Jena, PD Dr. Dr. med. Bernd Krone, Kassel, PD Dr. med. Walter Berghoff, Rheinbach, Dr. med. Ralf-Achim Grünther, Bad Berleburg, Dr. med. Harald Bennefeld, Dr. med. Jörg Merkel, Alheim-Heinebach, Dr. med. Klaus Böhme, Kassel, Dr. med. Sabine Schäfer, Kassel.

Am Ende der ganztägigen Veranstaltung gaben 40 Mediziner schriftlich ihr Interesse an einem Hessischen Ärzte-Netzwerk zu erkennen und rund 100 nützten eine Bestellmöglichkeit von Zecken-Präventionsflyern für ihre Praxis. Etwa 30 nicht anwesende Ärzte baten um Zusammenfassungen der Referate.

Fazit: eine gelungene Veranstaltung, für die sogar einige der Teilnehmer den Laien-Ausrichtern die Hand drückten. Wer an einer Checkliste interessiert ist, wie sich so eine landesweite Fortbildung organisieren lässt, wende sich an die BFBD-Geschäftsstelle.

Ein Wetterfrosch auf unserer Seite

FOTO: PRIVAT

Bernd Fuchs, vielen als RTL-Moderator und „Wetterfrosch“ bekannt, gab in diesem Jahr vor laufender Kamera unumwunden zu, dass er schon einige Jahre mit Borreliose zu tun habe. Eine rühmliche Ausnahme. Wir kennen einige Prominente, die diese Diagnose weit von sich weisen, als sei Borreliose eine ansteckende Krankheit. Nicht Bernd Fuchs.

Borreliose Wissen: Wissen Sie, wo und wann Sie sich mit Borrelien infiziert haben?

Nein, leider nicht. Ich sage dazu immer, dass man sich ja oft auch unbewusst kratzt – und da schaut man ja nicht wirklich nach, was war das nun. Heute ist das bei mir anders – erst recht nach einem Aufenthalt draußen im Grünen.

BW: Woran haben Sie gemerkt, dass etwas mit Ihnen nicht stimmt?

Ich hatte damals (vor nun gut fünf Jahren) ein sehr stressiges Jahr – einige Wochen Frühstücksfernsehen am Stück, das heißt um 2:30 Uhr aufstehen…

In der Woche Urlaub danach merkte ich schon, dass mein Akku alle geht. Dann konnte ich nicht mehr lange stehen und es tauchten Schmerzen im rechten – später auch im linkem Bein auf. Diese Schmerzen wurden so unerträglich, dass ich Nächte lang nicht schlafen konnte. Es war so, als

ob jemand mit einem Messer meine Nerven und Muskeln abtrennte. Dann ging ich auch zum Arzt.

BW: Welche Beschwerden hatten Sie?

Später völlige Erschöpfung. Querschnittssyndrom ab der Lendenwirbelsäule.

BW: Hatten Sie sofort einen Verdacht?

Nein – ich hatte noch nie von Borreliose gehört – dass Zecken Gehirnhautentzündungen auslösen können, das wusste ich – aber die fiesen, unnützen Viecher (Borrelien) waren mir vollkommen unbekannt.

BW: Wie lange dauerte es, bis Sie eine Diagnose hatten?

Meine Hausärztin hat etwas gebraucht, daran war aber zuerst ich schuld. Da ich von Natur aus ein eher fröhlicher Mensch bin, habe ich meine Beschwerden wohl „runtergespielt". Alls die Beine dann taub waren und ich mich darüber fast freute, weil mit dem Gefühl auch die Schmerzen weg waren, hat sie dann massiv reagiert. Sie ist selbst „Borreliose"-Opfer" und erkannte das ganz gut. Sie schickte mich zu einer Neurologin, die wiederum nicht an Borreliose glaubte, sondern eher an Tumore im Kopf, an der Wirbelsäule und so, denn die „Ausfallerscheinungen" erschienen Ihr zu heftig für Borreliose. Tja, das war dann sehr unangenehm. Nach einer missglückten Nervenwasseruntersuchung hab ich dann die Behandlung bei ihr abgebrochen.

BW: Hat Ihre Hausärztin richtig reagiert?

Später wirklich gut. Sie ist auch eine eher ganzheitlich orientierte Ärztin und hat auch mein Antibiotikum über Körperreaktionen ermittelt, so dass ich dies ganz gut vertragen habe. Viel Akupunktur und so haben auch sehr gut getan.

BW: Hatten Sie Zugang zu Information über Borreliose?

Nur über das Internet und vieles hat mir da nicht gefallen. Die Beiträge sind oft zu „privat", zu „betroffen". Das finde ich bei Ihnen übrigens viel besser „eingeordnet". Und neutraler.

BW: Konnten Sie mit jemanden darüber reden?

Wenn man was „mitnimmt" bei solchen Erfahrungen im Leben, dann dass man Freunde und Familie hat, die einem helfen, offene Ohren haben und alles getan haben, was in ihrer Macht stand, mir zu helfen. Das war wiederum eine sehr schöne Erfahrung, für die ich auch dankbar bin.

BW: Blieben Sie arbeitsfähig?

Nein, ich fiel dem Sender ganze drei Monate aus und habe dann auch erst langsam wieder angefangen.

BW: Wie reagierten die Kollegen/Vorgesetzten/Familie/Partner?

Auch das war eine tolle Erfahrung. Denn der Sender und die Kollegen haben mich sehr unterstützt. Sie waren überrascht, dass es so etwas gibt, aber immer für mich da.

BW: Wie lange dauerte die Therapie und womit?

Mega... irgendwas. Ich habe es verdrängt – einfach jeden Tag – fast zehn Wochen lang – bis zu zwölf Tabletten habe ich am Tag geschluckt.

BW: Wie geht es Ihnen heute?

Seelisch hab ich meinen Frieden mit der Sache gemacht. Mir helfen Ruhe, Meditation und vor allem Reiki sehr gut. Meditiert hatte ich immer schon, Reiki hab ich nun erlernt. Das bewirkt schon mal kleine Wunder. Körperlich ist es immer wieder mal schwierig. Fuß, Knie, Hüfte blockieren gerne mal. Heilprozesse dauern wesentlich länger – aber ich achte auf mich.

BW: Glauben Sie, dass Sie die Borreliose überwunden haben?

Nein, aber die Seele und die Einstellung wirken ja auch auf den Organismus. Und das hilft mir.

BW: Falls Sie noch Beschwerden haben, wie versuchen Sie die in den Griff zu bekommen?

Da der Ausbruch der Krankheit überwiegend mit Stress zu tun hatte, habe ich gelernt (und wenn ich für etwas dankbar bin, dann dafür) einen, wenn nötig auch alle Gänge raus zu nehmen, Nein zu sagen und zur Ruhe zu kommen und wieder Kraft zu schöpfen, bevor es eben wieder zu spät sein könnte.

BW: Hat sich Ihr Umgang mit der Natur geändert?

Sehr. Ich kann es kaum ertragen, wenn ich im Sommer die Menschen auf den Wiesen herumliegen sehe. Joggen nur auf dem Laufband. Weil ich aber immer noch sehr gerne wandere, achte ich dann auf Kleidung. Ich nehme Sprays (auf die Tests achten!) und mache beim Duschen eine gründliche Nachuntersuchung.

BW: Was tun Sie, um keine weitere Borrelien-Infektion zu erhalten? Falls Sie eine Arzt-Odyssee hinter sich bringen mussten, wie denken Sie darüber?

Ich habe da ja auch meine Erfahrungen gesammelt und kann die Ärzte ein Stück weit verstehen. Die müssen auch erst umdenken und umdenken lernen. So viel wirkt auf uns ein – und der Patient ist eben heute auch gefordert, mitzuentscheiden, mache ich das mit? Wie gut tut es mir? Und – hat der Weißkittel Ahnung?

BW: Borreliose wird häufig als Modekrankheit, auch als im Internet angelesene Krankheit bezeichnet. Was empfinden Sie dabei?

Das ist mir einfach ... zu einfach, unreflektiert und ungenau.

BW: Was würden Sie dem neuen Gesundheitsminister sagen.

Tja – Geld ist nie da – es braucht aber Forschung!

BW: Lieber Herr Fuchs, wir danken für Ihre Offenheit. Alles Gute.

IDSA-Anhörung

Rückblick: Im Mai 2008 gab der US-Justizminister Richard Blumenthal bekannt, dass die Leitlinien der IDSA (Infectious Diseases Society of America/Amerikanische Gesellschaft für Infektionskrankheiten) außer Kraft gesetzt seien, weil unter anderem geheim gehaltene Kapitalinteressen und Verflechtungen mit der Versicherungswirtschaft und Testherstellern dazu geführt haben könnten, dass eine Chronische Borreliose verneint und anders denkende Ärzte sowie Studien systematisch unterdrückt und in der Meinungsäußerung verhindert wurden. (Siehe „underreporting" Seite 2). Auch die in Deutschland existierenden Leitlinien orientieren sich an der Meinung der IDSA und ignorieren konträr schließende Studien.

Als Konsens war in den USA eine Anhörung am 30. Juli 2009 angeordnet worden, deren Endresultat bei Redaktionsschluss noch nicht feststand. Das Ergebnis darf auch als wegweisend für die umstrittenen Inhalte der deutschen Leitlinien für Neuroborreliose und Kutane Manifestationen (Haut) gewertet werden. Die wichtigsten Aspekte dieser Anhörung existieren als deutsche Übersetzung und sind auf der Homepage www.bfbd.de downloadbar.

Partner statt Patient

von Edgar W. Harnack

Immer wieder beobachtet man als Professioneller im Gesundheitssystem gravierende medizinische Behandlungsfehler, denen sich Patienten als passive Opfer ausgesetzt fühlen, oder eine psychologische Fehlbehandlung, die nicht weniger schwer wiegt: Viele Patienten fühlen sich wie Untertanen von König Arzt, als wäre der Arztberuf das letzte Relikt aus absolutistischen Zeiten. Dabei liegt das Kernproblem in einer faktischen Kompetenzverteilung bei medizinischen Entscheidungen, die rechtlich so nicht abgedeckt ist. Denn nach wie vor schreiben viele Patienten wie Ärzte dem Arzt das Recht zu, über die richtige Behandlung seines Patienten allein zu entscheiden. Regelrecht diktatorisch ordnen Ärzte Operationen und Medikamente an, ohne dass ausreichend über Risiken aufgeklärt und Alternativen zur Auswahl gestellt werden. Der Patient hat gefälligst dankbar abzunicken, was der allwissende Arzt beschließt.

Dabei hat schon die Verbraucherbewegung der 70er Jahre darauf hingewiesen, dass Patienten als Kunden, nicht als Bittsteller zu gelten haben. Und das alleine schon deshalb, weil in allen westlichen Verfassungen der alte britische Grundsatz gilt: habeas corpus – jeder ist seines eigenen Körpers Souverän. Falls hier die Verbraucherbewegung schon eine Gesinnungswandlung auf Medizinerseite bewirkt haben sollte, so war sie jedenfalls kaum zu beobachten. Zudem scheint der Trend angesichts des zunehmenden Wirtschaftlichkeitsdruck im Gesundheitssystem eher rückläufig: Um den Arbeitsaufwand für den Mediziner gering zu halten, werden diagnostische Gespräche unterlassen und Medikamente schnell mal verordnet, ohne dass jemand deren Wechselwirkungen überblickt. Etwa 25.000 Todesfälle jährlich in Deutschland werden auf Medikamentennebenwirkungen zurückgeführt, die häufig vermeidbar wären. Denn ein kritischer Patient als zweites Paar Augen könnte manchen Behandlungsfehler rechtzeitig entdecken, wenn er denn eine gewisse medizinische Grundkompetenz besäße.

Um diese Grundkompetenz des Kranken gegenüber der Expertenmacht des Mediziners zu stärken, hat eine kleine, aber aktive Front meist medizinsoziologischer Fachleute das Konzept des Patient Empowerment (oder zu deutsch: „Patientenbefähigung“) gebildet. Ursprünglich ein US-amerikanisches Konzept, hat mittlerweile schon eine deutsche Hochschule, die Medizinische Hochschule Hannover, die Idee aufgegriffen und bietet ein Laienstudium medizinischer Grundlagen in ihrer „Patientenuniversität“ an. Weitere deutsche Universitäten eifern dem Beispiel nach. Denn dass der einzige Weg, Patienten an der Verantwortung für ihre Genesung wirklich zu beteiligen, darin liegt, ihnen die Möglichkeit zur kompetenten Mitentscheidung zu geben, liegt auf der Hand.

> „...denn Patient stammt von lat. „patiens“, „geduldig leidend.“

Dabei ist die medizinische Bildung nicht das einzige Herzstück des Patient Empowerment: Die soziale Fertigkeit, sich mit Medizinern auf gleicher Augenhöhe zu unterhalten, gehört ebenso dazu. Patienten sollten eigenverantwortliche Partner des Arztes sein, die an ihrer Genesung mitarbeiten, statt sich passiv versorgen zu lassen, statt also „Patient“ im eigentlichen Wortsinne zu sein, denn Patient stammt von lat. „patiens“, „geduldig leidend“.

Das Buch „Partner statt Patient“ ist eine Anleitung zum Patient Empowerment für jedermann. Weil eigenverantwortliche Nutzer im Unterschied zu passiven Patienten nicht nur den Arzt entlasten, sondern auch das Gesundheitswesen, das unter Fehlbehandlungen und nicht eingenommenen Medikament auch finanziell nicht wenig Schaden nimmt.

W. Beckertz Verlag, Berlin 2009,
308 Seiten, 14,80 €,
ISBN 978-3-9813098-0-5

Die Befunde der Patient Empowerment Forschung sprechen von deutlich besseren Behandlungsergebnissen.

Und schließlich ist es einfach nicht mehr zeitgemäß, wenn sich Kranke wie Schulkinder behandeln lassen müssten, nur weil es Herrn oder Frau Doktor gefällt. Schließlich ist das Recht auf ausreichende Aufklärung und angemessene Behandlung sowie das Grundrecht auf Selbstbestimmung gesetzlich verbürgt. Dafür ist ein psychologisches Selbstsicherheitstraining für kompetente Nutzer des Gesundheitssystems genauso wichtig wie die Fähigkeit, das Richtige zum richtigen Zeitpunkt einzufordern. Nur so kann jede und jeder von seinem verfassungsmäßigen Recht Gebrauch machen, über den eigenen Körper wirklich selbstverantwortlich zu bestimmen. All diese Bedürfnisse will das Partner-statt-Patient-Buch abdecken. Es ist ein „Leitfaden und Übungsbuch“, ein kleines Kompendium all dessen, was jeder im Umgang mit Ärzten und anderen Gesundheits-Profis wissen muss. ■

Der Autor ist Diplom-Psychologe und Psychotherapeut in Berlin und war lange Jahre in verschiedenen Funktionen in der stationärer psychiatrischen und medizinischen Versorgung tätig.

Foto: privat

Eigenverantwortung

Immer wieder wird von der Knappheit der Mittel und dann von gleichzeitig höherer Leistungsfähigkeit der Medizin gesprochen. Nach „hinreichendem“ Studium kann der Autor das so nicht stehen lassen. Er muss es als falsch entlarven – weder Knappheit der Mittel noch höhere Leistungsfähigkeit können als gegeben hingenommen werden.

von Günther Binnewies

In infektiologischen Zusammenhängen (außer nosokomiale Krankenhaus-Infektionen) fehlen eindeutige Behandlungsgrundsätze und schließen sich deshalb gegenseitig **nicht** aus. Hier mag die Zukunft liegen, endlich mit weniger Mitteln eine höhere Qualität zu erzielen. „Qualität“ ist jedoch schon wieder ein anderes Thema.

Desweiteren hat sich der Begriff **„Eigenverantwortung“** des Patienten etabliert, in den alles hineininterpretiert wird, was den „Verantwortlichen“ (vom Arzt über die Politik bis hin zur äzq = Ärztliches Zentrum für Qualität) einfällt. Hilfe für den Patienten, sich diesen Begriff „Eigenverantwortung“ rechtzeitig und ausreichend zu erschließen, wird ihm verwehrt, weil er nicht gefragt wird, oder „man schon weiß, was für den Patienten richtig ist“. Ein eingehender Kommentar zu diesem Begriff existiert nicht.

Die Medizin erbringt wieder einmal eine „Vorleistung“, nach der der Patient dann „einrichtbar“ ist. Ihm wird insistiert – und zwar von oben nach unten – zum Beispiel die Praxisgebühr zu bezahlen bis hin zum Maßhalten in der Lebensführung. Dabei stehen Begriffe wie „ätiologisches Krankheitsverständnis“, „Chronische- oder Zivilisationskrankheiten“, „das medizinisch Notwendige“ oder gar eine „höhere Transparenz des oder der …“, sich widersprechend im Wege.

Von einer höheren Leistungsfähigkeit der Medizin kann bei den fehlenden Grundkenntnissen in Infektiologie, Klinischer Pharmakologie und Ethik keine Rede sein und wird nur künstlich durch Statistiken der Kostenexplosion beziehungsweise von (zweifelhaften) neuen Medikamenten mit „signifikant“ höherer Wirkung, aber exorbitantem Preis hoch gehalten. Demzufolge sind bei Feststellen falscher Ätiologien – Ausklammerung der infektiologischen Hintergründe zum Beispiel in psychologischen Befindlichkeiten, in anamnestisch begründeten Fällen (Zeckenstich) – **nur Kostensteigerungen zu erwarten**. Somit ist die Knappheit der Mittel hausgemacht und täuscht über die zunehmend zu Tage tretenden Unzulänglichkeiten in der Medizin hinweg.

Der Autor ist BFBD-Vorstandsmitglied, war bis Frühjahr 2009 BFBD-Vorsitzender und leitet die Borreliose Patienten-Initiative Heidenheim/Brenz e.V.

Die immer breitere Anwendung sogar schamanistischer Methoden, die sich sogar neuerdings in Ringvorlesungen niederschlägt, zeigt die ganze Misere, in der die Medizin steckt. Die ungehinderte Zunahme der chronischen Erkrankungen spricht hier eine deutliche Sprache. Die Medizin steht dem machtlos gegenüber und gleitet in vielen Fällen in **Denunziation** der Patienten oder Leugnen eines tatsächlichen Zusammenhanges (Borreliose = Modekrankheit) ab, einschließlich einer zwangsgesteuerten **Psychiatrisierung**. Etliche **Leitlinien** verschiedenster medizinisch-wissenschaftlicher Fachgesellschaften weisen auf eine **infektiologische Differenzialdiagnostik** hin, die offenbar nicht nur hartnäckig ignoriert wird, sondern es wird auch versucht, diese Tatsachen zum Beispiel mit dem Druck eines „Bündnisses gegen Depression“ zu konterkarieren.

Hier kann nicht nur den Patienten sondern allen Versicherten geraten werden, den Begriff **„Eigenverantwortung“** rechtzeitig so weit wie nur möglich für sich selbst frei zu interpretieren – ohne Unsinniges zu fordern. Und gerade hier öffnet sich der Spagat für die Patienten, das unzureichende und versäumte Fachwissen der Ärzte auf geeignete Weise zu überbrücken. Lesen Sie bezüglich Lyme-Borreliose unsere Zeitschriften **„Borreliose-Wissen“**.

> Patienten, nehmt Eure Eigenverantwortung wahr!

Den Patienten werden zudem immer mehr Kosten aufgebürdet, die juristisch gesehen (siehe § 12 Sozialgesetzbuch V) von der Krankenkasse ohne Wenn und Aber zu tragen wären, weil Ätiologie (Ursache) und Indikation (Therapie) eine zwingende Einheit bilden, die medizinisch keine andere Schlussfolgerung zulässt.

So wird **Rationierung** auf dem Rücken der Patienten ausgetragen, wo doch **Rationalisierung** im ärztlich vorgegebenen Verständnis nötig wäre. Man wurschtelt so weiter, weil es ja andere bezahlen müssen. Was soll man sich da selbst ändern? Die gerechte Verteilung der Gesundheitsgüter ist systembedingt völlig aus dem Ruder gelaufen. Da sich aber das „System“ nicht ändern will, so soll es der Versicherte ausbaden.

Die ständigen Änderungen am Gesundheitssystem von Seiten der Politik sind ein Ausdruck der Unfähigkeit, den zahllosen medizinischen Selbstverwaltungsorganen (SVO), Landesärztekammern (LÄK), Kassenärztlichen Vereinigungen (KV'en), medizinisch und medizinisch-wissenschaftliche Fachvereinigungen großer Zahl, Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (äzq), Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), Institut für Angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (AQUA), Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) und etliche mehr, das aufzugeben, was sie auch ohne rechtliche Aufsicht (Politik) von alleine als Aufgabe zu bewältigen hätten – in Erfüllung ihres so hoch gehaltenen **ethischen Anspruches**. Die zementierten Strukturen lassen dies nicht mehr zu.

Eine **einheitliche Versorgung** (Aufgabe und Verantwortung der KV'en) hat es für Borreliose-Erkrankte noch nie gegeben. Es läuft immer weiter darauf hinaus, an den mangelhaften Kenntnissen zu scheitern, die so schnell doch nicht aufzuholen sind. Allerdings sind bereits 27 Jahre nach Entdecken des Zusammenhanges durch Willy Burgdorfer vergangen.

Foto: Fischer

So wird denn weiter an der Finanzierung des Gesundheitssystems herumgedoktert, „damit ja niemand jemals zu kurz kommen täte“. Der Patient ist zum Kunden geworden und zur Ware. Die Solidarität ist abhanden gekommen. So wird er denn für die Inanspruchnahme der Dienstleistung (Arzt) ökonomisch zur Verantwortung gezogen, als dass **Ätiologie und Indikation** ausreichend berücksichtigt würden – wie es das Sozialgesetzbuch fordert. Die Nutzenabwägung wird den Versicherten – wegen finanziell stärkerer Belastung des Arztes – aufgebürdet, statt dass medizinisch untragbare Fehldiagnosen und -therapien auf den Prüfstand gestellt würden.

Die DPA-Zecke

Aufregung erzeugte eine DPA-Meldung, eine aus Asien eingewanderte Zeckenart, die Reliktzecke, sei erstmals 2009 in Brandenburg gesichtet worden. Doch die mit einem markanten gerippten Rückenschild ausgestattete Zecke in der Größe des gemeinen Holzbocks ist unter Parasitologen eine alte Bekannte.

Der Definition des „medizinisch Notwendigen“ (von Seiten der Ärzte) wird ausgewichen und dem Patienten in Form nebulöser Begriffe (wie **Eigenverantwortung**) aufgezwungen, womit dieser trefflich manipuliert werden kann. Die Medizin ist so lange nicht in der Lage, wünschenswerte Sicherheiten zu gewährleisten, solange nicht mit Hilfe der evidenz-basierten Medizin (EbM) Strukturen gefestigt sind. Die Entwicklung der EbM hinkt in Deutschland 15 Jahre hinterher.

Solidarität ist abhanden gekommen!

So wird denn nur mit Begriffen gespielt als harte Fakten angegangen. Nach Überwindung wäre dann auch genug Geld im System – wie es denn auch immer wieder zu hören ist. Dadurch gerät auch zunehmend die medizinische Ethik unter Druck. Die **Verantwortung für die Menschlichkeit** der Medizin liegt nicht allein bei den Ärzten, sie muss ebenso ein Anliegen der gesamten Gesellschaft und damit auch des Einzelnen sein.

Auf diese Weise wird in der Medizin eine Entwicklung in Kauf genommen, die nachträglich argumentativ abgesegnet wird. Das vermeintlich pragmatisch Gebotene wird damit reglementiert. Das nennt sich Utilitarismus – möglichst vielen Menschen, mit Hilfe aller Methoden der Medizin, „optimale“ Bedingungen zu schaffen, auch gegen jeden Zweifel der Angemessenheit. ■

Wir holen die Borreliose aus der Tabuzone

- bei Ärzten und Sozialträgern,
- bei Bundes-, Landes- und EU-Politikern,
- bei Forschungsprojekten,
- in Beruf, Familie und Gesellschaft,
- bei Presse, Funk, Fernsehen.

Borreliose darf nicht länger verharmlost, verschwiegen und auch nicht als Modekrankheit, als hypochondrische oder psychische Befindlichkeitsstörung abgetan werden.

Stärken Sie uns den Rücken und werden Sie Mitglied.

Wir brauchen viele, viele Mitglieder, um lauter gehört zu werden.

BORRELIOSE UND FSME BUND DEUTSCHLAND

erforscht

Es sind die Katzen – nicht die Hunde

Vorergebnis einer Studie mit Kindern und Jugendlichen

Einer der Höhepunkte eines am 16.12.2009 in Berlin stattgefundenen Borreliose-Workshops waren Zahlen einer noch nicht abgeschlossenen Studie mit nachträglich untersuchten Blutproben von 17.641 Kindern und Jugendlichen aus den Jahren 2003 bis 2006. Die Fragestellung zielte auf Antikörper gegen Borrelia burgdorferi in Prozent, detailliert nach Alter, Geschlecht, Wohnort und besondere Exposition. Nur sieben Mal erwähnten Eltern oder das untersuchte Kind, dass eine Borrelieninfektion stattgefunden habe. Hier Auszüge:

Die Prozentsätze beziehen sich auf positiv auf Borrelien-Antikörper getestete Blutproben; das bedeutet nicht automatisch, dass diese Kinder an Borreliose erkrankt sind.

Untersuchungen in den **Jahren**

2003	4,9 %
2004	3,8 %
2005	4,5 %
2006	3,1 %

Vom Geschlecht her gab es keinen Unterschied zwischen Mädchen und Jungen. Vom **Alter** her sah die Verteilung so aus:

0-2 Jahre	1,8 %
3-6 Jahre	3,1 %
7-10 Jahre	3,0 %
11-13 Jahre	4,4 %
14-17 Jahre	6,3 %

Wohnort

Großstadt	3,2 %
Mittelstadt	3,1 %
Kleinstadt	5,4 %
Ländlich	5,1 %
Westen	3,7 %
Land	5,8 %
Großstadt	4,6 %
Osten	4,9 %
Land	6,3 %
Großstadt	4,6 %

Zwischenfazit: In ländlichen Gebieten zu wohnen, hebt das Risiko, an einer Borreliose zu erkranken.

Haustiere	5,0 %
keine Haustiere	3,3 %
Hund	5,5 %
kein Hund	5,6 %
Katze	7,0 %
keine Katze	4,7 %

Zwischenfazit: Der Hund spielt keine Rolle, weder auf dem Lande noch in der Stadt, aber die Katze, auch in der Großstadt.

Foto: Shutterstock

Aktiven-Rat 2009

Nicht nur die Sonne strahlte am 14. November 2009 in Bad Soden-Salmünster, sondern auch der Vorstand. Hatten sich doch insgesamt 20 Teilnehmer im Kurhotel Birkenhof eingefunden, um mit Ideen, Erfahrung und Fantasie über die Optimierung unseres Vereins nachzudenken und Projekte anzustoßen, die allen Mitgliedern Nutzen bringen. Nach demokratischem Entscheidungsprozess konzentrierten sich vier Gruppen rotierend auf diese Themen:

1. Mitgliederwerbung: Ausgehend davon, dass am Jahresende die 1000 überschritten wäre, wagte man sich an ein stolzes Ziel: 5.000 Mitglieder könnten den Druck auf die Öffentlichkeit, auf Gesundheitspolitik und Ärzteschaft enorm steigern. Bei der Planung der möglichen Werbemaßnahmen und deren Finanzierung kamen gute Ideen zusammen. Es ist jedoch auch jeder Einzelne gebeten, Mitglieder zu werben oder Mitglied zu werden.

2. Petitionen: Birgit Jürschik-Busbach, Powerfrau aus Leverkusen, erläuterte die Umsetzung von Online-Petitionen, deren Chancen und Notwendigkeiten.

3. Gutachter-Haftung: Norbert Graf, schon länger mit diesem heißen Eisen zu Gange, konzipierte mit den Gruppen Strategien und Maßnahmen, wie man Gutachter und deren Gutachten nach Kompetenz und Inkompetenz darstellt und den Begutachteten zu ihrem Recht verhilft, wenn sie mit einem unakzeptablen Gutachten in die Not getrieben wurden.

4. Optimierung des Internetauftritts: Unter Leitung des Internetbeauftragten Dietmar Seifert wurden Ideen und Verbesserungsvorschläge gesammelt, bewertet und deren Umsetzbarkeit diskutiert.

5. Patientenleitlinie
Sie soll die Grundlage für Forderung nach Behandlung untermauern. Federführender: Günther Binnewies.

Zu allen Themen sind Mitglieder zur aktiven Mitarbeit eingeladen. Wir danken allen Teilnehmern nochmals herzlich, dass sie sich über das Maß eines Mitglieds hinaus für den BFBD engagieren. Gemäß Beitrags- und Kostenordnung wurde die Tagungspauschale im Hotel mit 40 Euro pro Person bezuschusst.

Fotos: Fischer

Der neue Internet-Auftritt www.borreliosebund.de

Nur etwa fünf Wochen gab es Funkstille im Borreliose-Forum, danach war die neue Software platziert, und zwar unter Einbindung der gespeicherten 3.100 Krankengeschichten aus fünf Jahren. Für den Internetbeauftragten und seine Helfer lief dieser Prozess seit dem Frühjahr 2009 in anstrengenden Etappen ab: Erstellung eines Leistungskatalogs, Ausschreibung, Sichtung und Auftragsvergabe, Konzept und Realisierung.

Und das alles neben dem Job und mit Borreliose im Kopf, ein Kraftakt besonders für Dietmar Seifert und einem anonym bleibenden Helfer aus Magdeburg,

Wir danken an dieser Stelle auch nochmals der **Software AG-Stiftung** für einen sehr großzügigen vierstelligen Betrag sowie Novartis Vaccines and Diagnostics GmbH.

Ebenso danken wir den Spendern, die unser Online-Tool für eine zweckgerichtete Spende zu Gunsten des Forums nutzten.

Wir bitten alle Forums-User, die ja zum überwiegenden Teil keine Mitglieder unseres Vereins sind, um gelegentliche Spenden zum Bestreiten der laufenden Kosten.

Berater-Selbstsorge-Seminar

Für die Bundesberater Pflicht, für alle anderen Berater Kür war das nun bereits dritte Berater-Selbstsorge-Seminar am 15. und 16. November in Bad Soden-Salmünster. Trainerin Britta Lemke, Lesern von Borreliose Wissen schon als Autorin bekannt, war selbst von Borreliose betroffen und leitete viele Jahre die SHG Mettmann, bevor sie sich als Heilpraktikerin mit Schwerpunkt Psychotherapie selbstständig machte.

Es gelang ihr, den zwanzig Teilnehmern und Teilnehmerinnen die möglichen Ziele, Inhalte und Grundsätze eines Beratungsgesprächs bewusst zu machen und von der Be-

Der nächste Aktiven-Rat ist geplant am 13. November 2010, jeweils am zweiten Novemberwochenende.

Eingeladen werden alle Selbsthilfegruppen-Leiter, jedoch auch Mitglieder ohne Gruppe, die uns signalisieren, dass sie sich über ihre Mitgliedschaft hinaus für die Nöte der Borreliose-Patienten engagieren möchten. Und das nicht nur zum Aktiven-Rat. Aufgaben gibt es genug.

---

fürchtung zu entlasten, man könne etwas falsch machen.

Frappierend war die Selbstreflexion, wie sich anfängliche Motivation im Laufe der Beratungen verändert und welchen ideellen Nutzen der Berater für sich einfängt.

Fotos: Fischer

Ein unterhaltsames aber für die Stimme nutzbringendes Intermezzo brachte der Stimmpädagoge Hajo B. Belton ein, der die richtige Atmung, das Sprechen mit Korken zwischen den Zähnen als Mittel zum entspannten, deutlichen Sprechen trainierte. Frenetischer Beifall für einen Leipziger, der daraufhin klangrein und deutlich „Barbara saß nah am Anhang“ vortrug.

Wir danken der DAK für die finanzielle Unterstützung dieser Veranstaltung.

Wir müssen wachsen, wachsen, wachsen

Mehr als zehn Jahre zeichnen einen kontinuierlichen Verlauf der Reputation des Borreliose und FSME Bundes Deutschland e.V.

Anfangs als Verein einzelner Klagender belächelt, hat sich unsere Patientenorganisation zu einer Kraft entwickelt, die weder von Politikern noch von der Ärzteschaft übersehen werden kann. Und doch werden wir mit derzeit 1030 Einzelmitgliedern noch als Minderheit vernachlässigt. Das muss sich ändern.

Das Bewusstsein, dass sich jedes Jahr wenigstens eine Million Menschen mit Borrelien infizieren, laut Ärzteschaft zwar 90 Prozent im Frühstadium geheilt würden, aber immerhin zehn Prozent danach noch immer krank sind, zeigt die Wichtigkeit unseres Vereins und die Notwendigkeit zur Durchsetzung solcher Forderungen wie **Meldepflicht, Borreliose-Ambulanzen für Gesetzlich Versicherte, Kontrolle der Ärztlichen Selbstverwaltung, verlässliche, evidenzbasierte Leitlinien und kompetente Gutachter.**

- **Stärken Sie uns den Rücken. Machen Sie uns stark.**
- **Wir brauchen viel, viel mehr Mitglieder und das schnell.**
- **Denn die Eisen sind heiß und müssen jetzt geschmiedet werden.**

Es ist für Mitglieder keine Pflicht, selbst an Borreliose erkrankt zu sein. Wir haben die preisermäßigte Partner-Mitgliedschaft eingeführt (siehe letzte Seite). Und wir ermäßigen den Beitrag um 50 % für Hartz4-Empfänger und Rentner mit geringer Rente.

Mitglieder haben entscheidende Vorteile

Sie müssen sich zur Beratung nicht in die Warteschleife unserer Hotline einreihen, sondern werden zurückgerufen. Mitglieder erhalten BORRELIOSE WISSEN im Februar und Oktober als erste zugeschickt. Und Mitglieder erwerben das Recht, eine kostenlose Risiko-Bewertung bei sozialrechtlichen Ansprüchen beim VdK einzuholen.

Bitte werden Sie Mitglied.
Ihr Borreliose und FSME Bund Deutschland e.V.

BORRELIOSE UND FSME BUND DEUTSCHLAND
PATIENTENORGANISATION BUNDESVERBAND

Borreliose und FSME Selbsthilfe

Beratung · Kontakter · Selbsthilfegruppen

Selbsthilfegruppen (SHG), **-vereine** (SHV) und **Berater** (Kontakter) sind ehrenamtliche Initiativen von Mitgliedern des Borreliose und FSME Bundes und assoziierten Beratern. **Sie bringen ihr Wissen und ihre Erfahrung in bester Absicht und nach bestem Wissen ein, ersetzen aber keinen Arztbesuch und sind als selbstbetroffene Borreliosepatienten und Privatpersonen nicht rund um die Uhr erreichbar.** Weitere, hier nicht zur Veröffentlichung freigegebene und neu hinzugekommene Beratungsstellen auf Anfrage. Und bitte denken Sie daran: Selbsthilfe braucht selbst Hilfe!

Beratung durch den
BORRELIOSE und FSME BUND DEUTSCHLAND e.V. (BFBD)
Patientenorganisation Bundesverband

Berater dieser Hotline werden regelmäßig fortgebildet
Tel. **01805-006935**
(€ 0,14/Min. aus dem deutschen Festnetz)
Montag bis Donnerstag von 10.00 bis 12.30 Uhr
Abendberatung:
Montag und Freitag von 18.00 bis 20.00 Uhr
Samstag von 16.00 bis 18.00 Uhr

Der BFBD verdient kein Geld an dieser Service-Nummer. Der einzige Vorteil besteht darin, dass diese Nummer von Berater zu Berater weitergeschaltet werden kann, ohne Weiterleitungsgebühren zu erzeugen..

Postleitzahl-Gebiet 1

BERLIN
Tel.: 030 55 10 12 35
Beratung Berlin-Ost
Kristina Weschke
Mo. und Do. 18 – 20 Uhr
E-Mail:
zeckeninfo@gmx.de

BRANDENBURG
Tel.: 03381 2099 336
(keine tel. Beratung)
Simone Lehnhardt
über BIKS (Brandenburger Informations- und Kontaktstelle für Selbsthilfe)
E-Mail: Borreliose-SHG-Brandenburg@web.de

ORANIENBURG
Tel.: 0163 1720025
(keine tel. Beratung)
Borreliose SHG
Manuela Fleischer
E-Mail: post@borreliose-oberhavel.de
Web: www.borreliose-oberhavel.de

STRALSUND
Tel.: 03831 292645
SHG Borreliose Stralsund
c/o KISS-Kontakt- und Informationsstelle
18439 Stralsund
E-Mail: kiss-stralsund@t-online.de

Postleitzahl-Gebiet 2

AUKRUG
Tel.: 04873 843
Borreliose Beratung
Dr. Claus Laessing,
Tel.: Beratung werktags 12.00 bis 13.00 Uhr

BORKUM
Kontaktstelle
Tel.: 04922 932131
Sa. 17.00 bis 18.00 Uhr

BREMEN
Tel.: 0421 385658
Borreliose SHG
Eleonore Bensing
E-Mail: e-a.bensing@t-online.de

HAMBURG
Borreliose SHG
Kontakt über Borreliose und FSME Bund Deutschland e.V.

HARBURG
Stadt und Land
Borreliose SHG
Tel.: 04165 80168
Kontaktstelle
Susanne Dierks

OLDENBURG
Tel.: 0441 36145146
E-Mail: m.sickfeld@web.de
Web: www.borreliose-ol.de.vu

OSTFRIESLAND
Kontakt über Oldenburg

ROTENBURG
Tel.: 04269 1377
Fax: 04269 9320028
Borreliose SHG
Heidemarie Geiger

Postleitzahl-Gebiet 3

BAD MÜNDER/ HAMELN
Tel.: 0177 7454896/ 05042 81377
Borreliose SHG
Michael Eisenberg

DILLENBURG
Tel.: 02771 6186
BSHG Mittelhessen
Irmtraud Hartmann

HALLE / WESTFALEN
Borreliose SHG Halle/ Westfalen
Kontakt über Borreliose und FSME Bund Deutschland e.V.

MAGDEBURG
Tel.: 039201 709911
Borreliose Beratung
Christin Müller
E-Mail:
mat.mueller@online.de

OST-WESTFALEN-LIPPE
Tel.: 05202 5921
Fax: 05202 993487
Borreliose SHG OWL
Gisela Becker

SCHÖFFENGRUND
Tel.: 06085 9879877
Fax: 06085 989933
Borreliose SHG Mittelhessen
Tanja Ressel
E-Mail:
shgmittelhessen@aol.com

WOLFENBÜTTEL
Tel.: 0179 3651797
Borreliose SHG
Kontakttelefon

Postleitzahl-Gebiet 4

BAD OEYNHAUSEN
Tel.: 05734 666873
Kontakt: Elke Kühn

BOCHOLT
Keine Telefon-Beratung
Treffen 2010 im Pfarrheim Ss. Ewaldi Schwertstraße 22, jeweils 18.00 Uhr
11.01., 08.02., 01.03., 10.05., 07.06., 05.07., 02.08., 13.09., 04.10., 08.11., 06.12. 2010

ESSEN
Tel.: 0203 722535
(Mo. – Mi.)
Borreliose SHG
F. Würschem
Tel.: 0201 492738
(Do. – Sa.)
Nora Morawitz

KAARST
Tel.: 02131 514602
Borreliose Beratung
Corry Welker

Postleitzahl-Gebiet 5

BONN / RHEIN-SIEG
Tel.: 02205 9010678
Fax: 02205 9010688
Borreliose SHG
Dr.rer.pol. Margot Eul
Beste Erreichbarkeit
16.00 - 20.00 Uhr.
E-Mail:
margot.eul@freenet.de

DÜREN
Tel.: 02421 941420
Cornelia Kenke

GUMMERSBACH
Tel.: 02261 24594
Borreliose Gruppe Oberberg
Irene Kempkes

TRIER
Tel.: 0651 5610517
Dieter Kronz
Treffen am letzten Samstag des Monats, 15 Uhr im Bürgerhaus Trier-Nord, Franz-Georg-Str. 36

Postleitzahl-Gebiet 6

BERGSTRASSE
Beratungsschwerpunkt: Borreliose bei Kindern.
Tel.: 06202 271558
Paul Szasz
Tel.: 06202 271558
Mi. + Do.
20.00 – 22.00 Uhr
E-Mail: Szasz@arcor.de

DARMSTADT
Tel.: 06151 666337
Borreliose SHG
Gaetano Lopriore
E-Mail:
gaetano@lopriore.de
Treffen: 1. Freitag in ungeraden Monaten
Sturtzstr. 9, Bessungen
Psychosoziale Kontaktstelle
19.00 Uhr
Nicht in den Schulferien

DARMSTADT-DIEBURG
Tel.: 06071 48178
Borreliose SHG
Margit Kullmann
E-Mail:
MargitKullmann@t-online.de
Treffen: 1. Freitag in geraden Monaten
Groß-Zimmern, Rathaus, 17.00 bis 19.00 Uhr

FRANKFURT / MAIN
Tel.: 069 75912162
Borreliose SHG Frankfurt/ Main
Stephan Puls
E-Mail:
borreliose-shg@gmx.de
Treffen: Letzter Mittwoch
Mainzer Landstraße 199
18.00 bis 20.00 Uhr

GELNHAUSEN
Tel.: 06051 474844
(bitte auf AB sprechen)
Borreliose Beratung
Eva Deuse-Wodicka
Beratung nach Vereinbarung

RODENBACH
Tel.: 06184-932817
Borreliose-Beratung
Heidi Poenicke

WORMS
Tel.: 06246 907666
0160-5428832
Monika Schmit
E-Mail: moni_hamm@yahoo.de
Tel.: 06241 53340
Rita Breßler
E-Mail:
Rita.Bressler@gmx.de
1. Mittwoch 18.00 Uhr,
Evangelisches Gemeindehaus Worms-Pfiffligheim, Landgrabenstraße 66

Postleitzahl-Gebiet 7

ALTHÜTTE
Kontakt:
Annemarie Christoph
Tel.: 07183 41201
E-Mail:
annemarie.c@web.de
Beratung Montag bis Freitag 12.00 bis 13.00 Uhr

FREIBURG
Tel. 07666 949141
Borreliose SHG
Kontakt:
Mi. 10.00 - 12.00 Uhr
Herr Helfert
Treffen: jeden 2. Mittwoch im Ev. Stift Freiburg
Hermannstraße 10,
19.30 Uhr

KARLSRUHE
Tel.: 07251 348244
Fax: 07251 348255
Borreliose-Forum
Karl Crocoll
Neureuter
Hauptstraße 83
76149 Karlsruhe

KONSTANZ/Hegau
Tel.: 07531 366914 + Fax
Borreliose Beratung
Hannelore Oswald
Tel.: Beratung abends
E-Mail:
hannelore-oswald@web.de
Tel.: 07731 926003
Fax: 07731 926004
Wolfgang Fendrich
Schlesische Straße 18
78224 Singen
E-Mail:
famfendrich@web.de
Treff: 2. Dienstag,
18.30 Uhr, Altenwohnheim „Pro Seniore“,
Untertorstr. 24/26,
78315 Radolfzell.
Juli und August
Ferienpause.

ORTENAU
Tel.: 07852 999870
Borreliose SHG
Gisela Nothdurft
Freitag 18.00 - 20.00 Uhr
Samstag 9.00 - 12.00 Uhr
E-Mail: borrelioseshg-ortenau@t-online.de
Kontakt:
Marliese Freischlad
Tel.: 07821 30844
E-Mail: freischlad-em@online.de

ROTTWEIL-SCHWARZWALD-BAAR
Selbsthilfegruppe für Zeckenkranke
Tel.: 07403 91054
Christine Muscheler-Frohne
Tel.: 07402 9109533
Alexander E.
E-Mail:
www.shg-zecken-rw.de

TÜBINGEN
Tel.: 07071 946889
Borreliose SHG Tübingen
Daniel Strayle und Simone Bauer
E-Mail: borrelioseSHG_tuebingen@web.de
Web: www.borreliose-tuebingen.de

WINNENDEN
Tel.: 07195 8716
Borreliose Beratung
Ingeborg Schmierer
E-Mail:
Borreliose-RemsMurr@ingeborgschmierer.de

Postleitzahl-Gebiet 8

AUGSBURG
Tel.: 0821 9075665
Borreliose Beratung
Klaus Gesell

FÜSSEN
Tel.: 08862 774538
Borreliose Beratung
Annette Göbel

HALLERTAU
Tel.: 08442 917950
Hallertauer Borreliose-SHG
Christine Brüstl
E-Mail:
hallertauer-borreliose-selbsthilfegruppe@gmx.de

HEIDENHEIM
Tel.: 07328 919000
Fax: 07328 4956
Borreliose Patienten-Initiative e.V.

KEMPTEN
in Gründung

LINDAU
Tel.: 08382 23490
Dr. phil. Marion Rothärmel

MÜNCHEN
Tel.: 089 51519957
Borrelioseinformations- und Selbsthilfeverein München e.V..
Web: www.borreliose-muenchen.de

SCHWABMÜNCHEN
Tel.: 08232 996575
Gabi Götz
Tel.: 0171 8843624
Hanni Immel
Treffen: jeden 1. Donnerstag, 19.00 Uhr
Leonhard-Wagner-Realschule
Breitweg 16

ULM
Tel.: 0731 3988614
Borreliose SHG Ulm / Neu-Ulm
Web:
www.borreliose-ulm.de.vu
Dietmar Seifert
E-Mail: borreliose-ulm@t-online.de

Postleitzahl-Gebiet 9

ANSBACH
Tel.: 0911 338213
Borreliose SHG Franken
Rosemarie Lange

COBURG
Tel.: 09561 25225
Fax: 09561 232792
Borreliose SHV
Sigrid Frosch

GEROLZHOFEN
Tel.: 09382-7374
Borreliose SHG
Marianne Kraus
Beratung: werktags 19 bis 20 Uhr

HASSFURT
Tel.: 09521-94890
Borreliose SHG
Manfred Wolff
E-Mail:
info@m-m-orchid.com

KITZINGEN
Tel.: 09325-979498
Fax: 09325-979805
Zecken-SHG
Erwin Stürmer
E-Mail: zsgkt@t-online.de

NÜRNBERG
Tel.: 0911 8002554
Borreliose SHG Franken
Michaela Deininger

SCHWANDORF
Tel. 09471 604120
Borreliose SHG
Manfred Wenzl
E-Mail: borreliose-schwandorf@t-online.de

SCHWEINFURT
Tel.: 09721-34105
Borreliose-Selbsthilfe Schweinfurt
Evelyn Drescher
E-Mail: bsg-sw@gmx.de
Web: www.bsg-sw.blogspot.com

WEIDEN
Tel.: 09605 3044
Borreliose SHG
Maria Kellermann

Postleitzahl-Gebiet 0

AUE-SCHWARZENBERG
Tel.: 03774 823678
Borreliose SHG
Gudrun Solbrig
E-Mail: g.solbrig@web.de

BAD MUSKAU
Tel.: 035771 50306
Borreliose SHG
Bad Muskau
Manfred und Hannelore Richter
Beratung: Di. bis 18 Uhr

CHEMNITZ
Tel.: 0371 5212454
Margit Benedikt
Tel.: 0371 7250414
Christa Müller
Borreliose SHG

DRESDEN
Tel.: 0351 2061985
Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen.
Es erfolgt Weitervermittlung zur Borreliose SHG Dresden
E-Mail: helithi@aol.com

LEIPZIG
Tel.: 0341 3382155
Borreliose SHG
Gert Schlegel
E-Mail: leipzig@borreliose-sachsen.de

SÄCHSISCHE SCHWEIZ/ OSTERZGEBIRGE
Tel.: 035056 32343
Borreliose SHG
Astrid Zimmermann
E-Mail: asti-z@web.de

VOGTLAND + BURGSTÄDT
im Netzwerk Borreliose und FSME und andere
Jürgen Haubold:
Tel.: 03724 855355
Günther Hartmann:
Tel.: 037467 20274

ZITTAU
Tel.: 03583 704108
VdK-Selbsthilfegruppe Borreliose
Gudrun Strehle
Beratung: Do. 9.00 bis 14.00 Uhr
Treffen: 3. Mo. 15.00 Uhr

Weitere, nicht zum Beratungsnetzwerk des Borreliose- und FSME Bundes gehörende Beratungs- und Kontaktstellen:

BAD AROLSEN
Tel.: 05691 21 64
Borreliose SHG Kassel
Gruppe Bad Arolsen
Irene Voget-Schmiz

BERGSTRASSE
Tel. 06251 61820
Borreliose SHG
Christel Schmedt
E-Mail: borrelioseteam@shg-bergstrasse.de
www.shg-bergstraße.de

BERLIN
Tel.: 030 7065715 + Fax
Borreliose SH. e.V.
Berlin-Brandenburg
Hanna Priedemuth
E-Mail: post@borreliose-berlin.de
www.borreliose-berlin.de

ERFURT
Tel.: 0361 21674793
SHG Borreliose Erfurt
Michelle Otto
Beratung Fr. 18 – 20 Uhr
E-Mail: borreliose-erfurt@gmx.de

FULDA
Tel.: 06625 5364
SHG Kassel
Gruppe Fulda Stadt und Land, Manfred Diehl

GÖTTINGEN
Tel.: 0551 62419
Borreliose SHG Kassel
Gruppe Göttingen
Marlies Pfütze

HOCHSAUERLAND
Tel.: 02971 86050
Borreliose SHG Kassel
Gruppe Hochsauerland
Monika Schulte

JENA
Borreliose SHG
Tel.: 03641 393193
Sabine Klaus
Tel.: 03641 371308
Helene M. Gärtner

KORBACH
Tel.: 05691 2164
Borreliose SHG Kassel
Gruppe Korbach
Irene Voget-Schmiz

PADERBORN
Tel.: 05292 931080
Borreliose SHG Kassel
Gruppe Paderborn
Gabriele Hargersheimer

WARBURG
Tel.: 05641 1012
Borreliose SHG Kassel
Gruppe Warburg
Edeltraud Andree

WOLFSBURG
Tel.: 05361 775535
Renate Kiesel-Arndt
E-Mail:
kiesel-arndt@gmx.de
Tel.: 05371 15660
Martin Rosenkranz
E-mail: mam.rosenkranz@gmx.de

Kooperierende Beratungsstellen im Ausland:

DÄNEMARK
Patientforeningen DanInfekt
Tel. (0)1331410
E-Mail: kontakt@daninfekt.dk
Web: www.daninfekt.dk
www.borreliose.dk

NIEDERLANDE
Nederlandse Vereniging voor Lymepatienten
Voor algemene informatie:
Tel.: 0900 2100022
Web: www.lymevereniging.nl

POLEN
Lymepoland
Tel. 0048(0)692890751
E-Mail: lymepoland@gmail.com
Web: www.borelioza.org/forum.htm

SCHWEDEN
Borreliose och FSME Patientförening
Tel.: 0046(0) 87149956
E-Mail: foreningen@borrelia-tbe.se
Web: borrelia-tbe.se

FRANKREICH
FranceLyme
E-Mail: francelyme@gmail.com
Web: www.francelyme@fr

Les Nymphéas
Tel. 0033(0)615125253
E-Mail:
fabiennecharmille@orange.fr
Web: www.lesnampheas.org/

Lyme Ethique
E-Mail:
lymethique@club-internet.fr
Web: www.lymethique.free.fr/
Forum: http://lymethique.free.fr/forum/index.php

SCHWEIZ
Borreliose-Forum
Web: www.borreliose.ch

LIZ Liga für Zeckenkranke Schweiz
Tel.: 076 3942558
E-Mail: info@zeckenliga.ch
Web: www.zeckenliga.ch

Wir konnten Ihnen helfen? So einfach geht Danke sagen: Mit dem **Online-Spenden-Klick** in unserer Homepage www.borreliose-bund.de. Natürlich mit Spendenquittung.

Impressum

Borreliose Wissen aktuell

Nr. 21 · Februar 2010

Herausgeber:
Borreliose und FSME Bund Deutschland e.V., Patientenorganisation Bundesverband

Redaktion: Ute Fischer (v.i.S.d.P.)
Postfach 4150, 64351 Reinheim
Telefon: 06162-969443, Fax 06162-1666

E-Mail: info@borreliose-bund.de

www.borreliose-bund.de

Redaktionsbeirat: Albert Bensing, Eleonore Bensing, Brigitte Binnewies, Günther Binnewies, Dietmar Seifert, Bernhard Siegmund, Monika Sickfeld, Manfred Wolff.

Grafik Design: Frank Sander, Burgwedel

Druck: Dreier, Reinheim

Die Inhalte dieser Zeitschrift sind nach bestem Wissen bei Ärzten, Wissenschaftlern, Gesundheitsexperten und -politikern sowie Selbsthilfegruppen journalistisch recherchiert, ersetzen aber keinen Arztbesuch.

Für Richtigkeit, Wirksamkeit, Dosierungen und Ähnliches wird keine Gewähr übernommen. Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben allein die Meinung des Autors wieder. Für eingesandte Manuskripte und Fotos wird keine Haftung übernommen.

Der Nachdruck sowie Kopieren auf Webseiten ist nicht gestattet. Ausnahmen regelt der Borreliose und FSME Bund Deutschland e.V.

Preis: 7,50 Euro inkl. 7% Mwst.

Mitglieder und Förderer erhalten das Magazin kostenlos.

Wir bitten, die Herstellung des Magazins durch Spenden zu sichern.

Spendenkonto:
Hamburger Sparkasse BLZ 200 505 50
Konto-Nr. 1275 123345
IBAN DE53 2005 0550 1275 123345
BIC: HASPDEHHXXX

Vereins-Register Darmstadt VR 82436

Steuer-Nr. 08 250 54337 – KO1

Hilfe zur Selbsthilfe

Seit Mai 2007 existiert, neben den zahlreichen regionalen Borreliose-Beratungen, ein **BFBD-Beratungsnetz über die einheitliche Telefonnummer 01805 - 006935** (14 Cent pro Minute aus dem deutschen Festnetz). An diesen Gebühren verdient der BFBD nichts. Die Einrichtung dieser virtuellen Servicenummer, die kostenlos von Berater zu Berater weitergeschaltet werden kann, erspart dem BFBD horrende Weiterleitungsgebühren, die für Sinnvolleres eingesetzt werden können.

Am Telefon sind mit Borreliose selbst erfahrene, ehrenamtlich tätige private Gesprächspartner. An stark frequentierten Tagen benötigen Anrufer **Geduld**. Deshalb **fassen Sie sich bitte kurz** und stellen Sie **präzise Fragen.** Bitte bedenken Sie: **Selbsthilfeberatung ersetzt keinen Arztbesuch.**

Wir helfen Ihnen weiter

01805 - 006935

(14 Cent pro Minute
aus dem deutschen Festnetz)

BORRELIOSE UND FSME BUND DEUTSCHLAND
Patientenorganisation Bundesverband

Montag
10.00 bis
12.30 Uhr

Brigitte Binnewies
Leiterin der Borreliose Patienten-Initiative Heidenheim e.V.

Donnerstag
10.00 bis
12.30 Uhr

Günther Binnewies
Vorstandsmitglied/ Buchautor

Montagabend
18.00 bis
20.00 Uhr
Samstag
16.00 bis
18.00 Uhr

Simone Bauer
Leiterin SHG Tübingen

An wechselnden Tagen

Corry Welker
SHG Kaarst

Dienstag
10.00 bis
12.30 Uhr

Margit Kullmann
Leiterin SHG Darmstadt-Dieburg

An wechselnden Tagen

Klaus Gesell
Borreliose-Beratung Augsburg

Mittwoch
10.00 bis
12.30 Uhr

Eleonore Bensing
Leiterin SHG Bremen

An wechselnden Tagen

Jochen Werner
Borreliose Patienten-Initiative Heidenheim e.V.

***Bitte beachten Sie:** Beratungszeiten können sich ändern. Manchmal tauschen die Berater untereinander. An gesetzlichen Feiertagen ruht die Beratung.

Was ist, was tut, was will der Borreliose und FSME Bund Deutschland e.V.

Die heutige Patientenorganisation ging hervor aus dem 1994 in Hamburg gegründeten Lyme-Borreliose Bund und wurde 1999 ins Vereinsregister eingetragen. Ihm angeschlossen ist der größte Teil der Borreliose-Selbsthilfegruppen, -vereine und -berater sowie über 1100 Einzelmitglieder und Förderer.

Aufgaben, Ziele, Vorhaben

- **Prävention**
- **Interessenvertretung**
- **Beratung**
- **Verbreitung von Infomaterial**
- **Entwicklung, Förderung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen**
- **Hilfe bei Ansprüchen an Leistungsträger**
- **Gesundheitspolitik**
- **Öffentlichkeitsarbeit**
- **Medien- und Forschungsrecherche**
- **Interaktion mit Ärzteschaft, Wissenschaft, Leistungserbringern, Politikern**
- **Stärkung der Rechte der Patienten**

Der Borreliose und FSME Bund Deutschland e.V. ist als gemeinnützig anerkannt. Er ist Mitglied im Spitzenverband der freien Wohlfahrtspflege Der Paritätische sowie in der Deutschen Arbeitsgemeinschaft der Selbsthilfegruppen, in der BAG Selbsthilfe und verpflichtet sich deren Grundsätzen für gemeinnützige Arbeit.

Alle großen Krankenkassen anerkennen und fördern seine Arbeit. Wir danken vor allem dem AOK Bundesverband, der Barmer Ersatzkasse, der DAK, der Selbsthilfefördergemeinschaft der Ersatzkassen, dem Förderpool Partner der Selbsthilfe, dem Unternehmen Novartis für Bezuschussung unserer Telefon-Hotline sowie Baxter und ganz besonders privaten Förderern, die nicht selten selbst mit kleinen Beträgen und freiwilligen Aufzahlungen ihrer Magazin-Rechnungen ihren Beitrag leisten wollen.

Geld macht nicht glücklich, aber es hilft, Ratsuchenden einen guten Weg zu weisen. Bitte spenden Sie oder werden Sie Mitglied.
Borreliose + FSME Bund Deutschland e.V.
Kto-Nr. 1275 123 345
Hamburger Sparkasse · BLZ 200 505 50

Fotos: Fischer (3), Bensing, privat (3)

ENTTÄUSCHEND

Altbekanntes als Novität verkauft

In der Reihe „*Current Problems in Dermatology, Vol. 37*, von P. Itin, mit dem Titel „Lyme Borreliosis – Biological and clinical aspects“, D. Lipsker und B. Jaulhac, 2009 erschienen im Karger Verlag, Schweiz, erfährt die medizinische Fachwelt eher Altbekanntes denn Neues. Lobend äußern sich die Autoren im Vorwort, ihr Werk enthalte Texte von einigen der besten europäischen Experten auf dem Gebiet der Lyme-Borreliose und zeige alle, nicht nur dermatologische Aspekte dieser Krankheit auf.

So warnen Strle und Stanek in ihrem Beitrag „*Klinische Manifestation und Diagnose der Lyme-Borreliose*“, davor, die Borreliose-Diagnose in Europa überwiegend mit „Amerikanischen Augen“ zu sehen. Für den Fall, dass dieser Satz dem Leser rätselhaft erscheint – die beiden Autoren glauben, dass diese Gefahr, aufgrund der höheren Publikationshäufigkeit der US-Forscher und Ärzte im Bereich der Lyme-Borreliose, bestehe. Und weiter: Es gebe nur ein einziges Zeichen, das eine zuverlässige klinische Borreliose-Diagnose ermöglicht und das sei das typische Erythema migrans. Die große Mehrzahl weiterer Symptome, insbesondere wenn sie von Patienten persönlich beschrieben werden, habe nur einen minimalen oder sogar nur symbolischen diagnostischen Wert. Beruhigend für den, der's glaubt, ist die Schlussfolgerung der beiden Autoren: die Mehrzahl aller klinischen Manifestationen verschwinde von selbst wieder.

Im Beitrag „*Wann sollte man einen Westernblot anfordern und wie muss er interpretiert werden?*“ bestätigen Hunfeld und Kraiczy u. a. die Erfahrung, die viele Betroffene mit dem schlechten Niveau der Teststandardisierung machen. Die Qualität der serologischen Tests für Lyme-Borreliose liege weit hinter der der Syphilis-Diagnostik. Hubálek widmet einen Beitrag der „*Epidemiologie der Lyme-Borreliose*“ und mahnt an, was immer noch unterbleibt: Die epidemiologische Überwachung der Lyme-Borreliose sei die wichtigste Aufgabe in Europa! Er schlägt vor, dass das European Centre for Disease Prevention and Control in Schweden diese Überwachung koordinieren solle. Zuallererst jedoch, so Hubálek, müsse die Lyme-Borreliose in allen europäischen Ländern, in denen sie vorkomme – und das ist in allen Ländern der Fall – **meldepflichtig werden!**

Im letzten Teil des Buches werden einige Themen in Form von Fragen angesprochen, die den Experten in der Praxis häufig gestellt werden. Ein Beispiel: „Wie handhabe ich einen Zeckenstich und Lyme-Borreliose bei Schwangeren?“ Auf diese Frage geben Maraspin und Strle folgende Antwort: Wir empfehlen eine schnelle Entfernung der Zecke und keine prophylaktische Antibiotikagabe; wir unterstützen dabei insbesondere eine „Abwarten-und-Beobachten-Strategie“.
Fazit: 200 Seiten Enttäuschung.

Ente mit Zecken

Wie gut, dass „nichts so alt ist wie die Zeitung von gestern“.

Die Techniker Krankenkasse Niedersachsen veröffentlichte im Dezember lobenswerter Weise eine Pressemitteilung über die Zeckengefahr in milden Wintern und dass in den letzten drei Jahren mehr als 215.000 Niedersachsen wegen Zecken einen Arzt aufsuchen mussten. Allerdings war ihr bei der Zahl der FSME-Fälle in 2008 ein Riesenfehler passiert. Sie schrieb drei Nullen zu viel hinter die 236 Infizierten. Und etliche Medien schrieben dies tatsächlich unkritisch ab. Das zeigt, wie wenig man sich auf Inhalte in Medien verlassen kann, zumal wenn es um Zeckenerkrankungen geht. Allgemeinwissen nahezu bei Null.

Neuer Borreliose-Film

Im Dezember 2009 startete in New York City und Hollywood nach „Under Our Skin“ ein weiterer Enthüllungsfilm über Borreliose unter dem Titel „Under the Eightball“, worin es unter anderem um aufgedeckte Ärzte-Korruptionen geht und die historischen Zusammenhänge, Zecken für militärische Zwecke als biologische Waffe einzusetzen.

FALSCH GEPRESST

Depression – reine Geldsache

Von Ute Fischer

Der Tod von Robert Enke passte dem Beltz-Verlag so richtig ins Konzept. Nur zwei Tage später erhielt die Redaktion BORRELIOSE WISSEN eine Pressemitteilung über die „Zeitkrankheit Nr. 1“ mit Hinweis auf Heft 23 **PSYCHOLOGIE HEUTE** compact. Thema: Depression. Zitat: „Das Heft vermittelt einen sehr guten Überblick über den Stand unseres Wissens zu dieser Krankheit“.

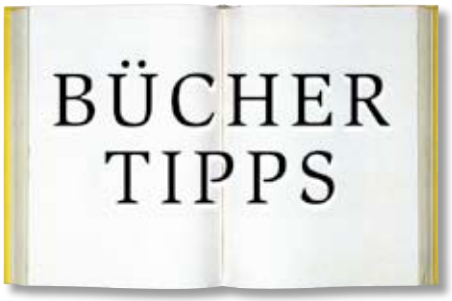
Das bestellte Rezensionsexemplar erhielten wir nicht, wohl auch deshalb, weil im Vorfeld ganz schnell geklärt war, dass auch nicht ein einziger der rund 20 Beiträge als Ursache eine Infektionskrankheit in Betracht zieht. Die Autoren, überwiegend Psychiater, beziehen sich ausschließlich auf die Möglichkeiten der Psychotherapie und Psychoanalyse, auf Verstimmungen wie Selbstverleugnung, vernachlässigte Emotionen, biologische Narben aus der Kindheit. Die Begründung für diese Art der Depression kennen wir aus zweifelhaften Borreliose-Gutachten: *die Über-ich- oder Schulddepression, die Abhängigkeitsdepression, die Ich-Depression und die narzistische Depression*. Auch die Überschriften kommen uns sehr bekannt vor: ***Machen Sie sich nicht so viele Gedanken. Delegieren Sie Ihre Sorgen. Lernen, die Dinge zu sehen, wie sie sind.***

Antwort von der Stellvertretenden Chefredakteurin Ursula Nuber: „auch ein ganzes Sonderheft über Depression kann nicht jeden Aspekt berücksichtigen“.

Die Frage nach neueren wissenschaftlichen Studien konnten wir nicht beantworten, aber darauf hinweisen, dass es solche Studien nicht geben wird, solange Medien wie Psychologie Heute den Gesundheitspolitikern helfen, das Thema Borreliose totzuschweigen. Unser Angebot, Quellen und Zitate über den Zusammenhang von Infektion und Depression zu überbringen, weckte kein Interesse.

Es ist bedrückend, dass sich mit diesem Heft Menschen eine Depression einreden lassen, die im Falle der Borreliose mit einer antibiotischen Therapie davonfliegen könnte wie ein Albtraum nach dem Aufwachen.

Foto: Sander



Medizinerdeutsch von A bis Z

Was hat der Doktor gemeint? Die medizinische Terminologie beschert uns Wissensdefizite und stört damit das Arzt-Patienten-Verhältnis. Mehr als 1300 medizinische Begriffe von Abdomen bis zytotoxisch, bilden ein handliches Glossar für das Alltagsleben eines Patienten. Dazu eine Liste der typischen Werte eines großen Blutbildes mit Normwerten.

Verstehen Sie Arzt?

Elke Wolf
Verlag Govi
95 Seiten, 2009, 9,90 €
ISBN 978-3-7741-1108-0

Für dumm verkauft

Wer dieses Buch, das sich wie ein Krimi liest, gewissenhaft durcharbeitet, wird danach wesentlich kritischer, vor allem desillusioniert mit Fernsehen, Funk- und Printmedien, auch mit Gerichten, Gutachtern und Ärzten umgehen und erst recht politischen Verlautbarungen äußerst misstrauisch begegnen.

Die verblödete Republik

Thomas Wieczorek
Verlag Knaur
328 Seiten, 2009, 8,95 €
ISBN 978-3-426-78098-5

Wir holen die Borreliose aus der Tabuzone

Das deutsche Aufklärungsfaltblatt mit Symptomfotos, Krankheitsbeschreibung und vorbeugenden Empfehlungen ist wieder verfügbar. Kostenlos. Fordern Sie die Menge an, die Sie glauben, sinnvoll verteilen zu können: in Apotheken, Sportvereinen, Wanderclubs, bei Ärzten usw. (Bestelladresse siehe Impressum auf Seite 47).

Unser Ziel: 5000 Mitglieder.

Bringen Sie sich ein. Wir kämpfen auch für Sie und Ihre Angehörigen.

BORRELIOSE UND FSME BUND DEUTSCHLAND

Die tiefen Dimensionen im Heilungsprozess

Nicht Arzt und Pillen heilen, sondern das ganzheitliche Menschenbild, die Herzensbegegnung von Arzt und Patient sowie Patient mit sich selbst. Ein Buch mehr, das den Patienten anleitet, herzensgut mit seinem Körper und seiner Seele umzugehen. Tipp: Meditative Begleitlektüre während der Infusion und für quälende Stunden in der Nacht. Aber Achtung: Der Autor, ein Internist, verlangt für die Anamnese von Gesetzlich Versicherten 120 Euro.

Was heilt

Dr. med. Klaus-Dieter Platsch
Verlag MensSana
270 Seiten, 2009, 8,95 €
ISBN 978-3-426-87430-1

Aktuelle Literaturempfehlungen finden Sie auch in unserer Homepage **www.borreliose-bund.de**

TCM im täglichen Leben

Traditionelle Chinesische Medizin ist mehr als Akupunktur und Tee trinken.
Dieses Büchlein beschreibt die Grundbegriffe und -prinzipien, die Behandlungsmethoden und die Krankmacher, die uns aus der Bahn werfen. Einige dieser Heilmethoden kann der Patient selbst ausführen. Denn der Blickwinkel reicht über die Schulmedizin hinaus.

So wirkt chinesische Medizin

Stefan Englert
Verlag Govi
95 Seiten, 2009, 9,90 €
ISBN 978-3-7741-1110-3

Pandemie und Heilung

Aus dem Inhalt: Borreliose, eine sexuell übertragene Infektion von pandemischem Ausmaß, großer Labor-Vergleichstest, drei Kranken- und zwei Heilungsgeschichten, kompletter Artikel einer Kinderärztin, wie sich fröhliche Kinder in willenlose Zombies verwandeln + Symptom-Tagebuch 2010.

Borreliose-Jahrbuch 2010

Fischer/Siegmund u.a.
Verlag BOD, 2010,
184 Seiten, 17,90 €,
ISBN 978-3-8391-1668-5

Der Arzt unserer Träume

Ach wenn sie nur dieses Buch lesen würden, unsere Ärztinnen und Ärzte.
Zwei führende Expertinnen für Loyalitätsmarketing und Praxismanagement leiten an, wie man Anerkennung, Lebensfreude und Wohlstand erlangt. Leider kommen Selbsthilfegruppen darin nicht vor, auch nicht bei den Empfehlungs-Netzwerken, dafür aber der Umgang mit Patienten mit Internet-Wissen („während des Lesens nicken Sie mehrfach“) und wie sich der Patient wertgeschätzt und wahrgenommen fühlt. Amen.

Die erfolgreiche Arztpraxis

Schüller/Dumont, 2010,
Verlag Springer,
200 Seiten, 39,95 €
ISBN 978-3-642-00733-0

Enden wir als Sondermüll?

So gefährlich sind Medikamente, Volksheil- und Naturheilmittel und die vielen Zusatzstoffe wirklich. Giftstoffe umgeben uns täglich, das begreift man nach der Lektüre dieses Buches. Kolloidales Silber ist ein Thema, aber auch Vitamine, Ätherische Öle, Haarfärbemittel, Wasch- und Reinigungsmittel, Mundwasser, Hautcremes und so genannte Nahrungsergänzungsmittel. Im Anhang stehen die Giftnotzentralen und spezialisierte Krankenhäuser in Deutschland.

Wie wir uns vergiften

Peter Grunert
Verlag Trias, 2009, 240 Seiten, 7,95 €
ISBN 978-3-8304-3597-6

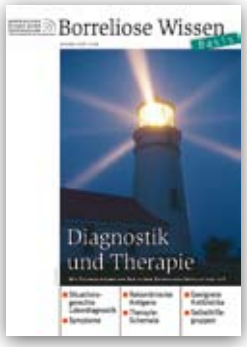
Gesundheitsmafia

Viele Profis im weißen Kittel schrecken nicht vor kriminellen Methoden zurück, um an Geld zu kommen. Die Chefermittlerin der Kaufmännischen Krankenkasse Halle (KKH) deckt mit einem neunköpfigen Team die illegalen Machenschaften von Ärzten, Apothekern, Physiotherapeuten, Sanitäts- und Krankenhäusern auf. Spannend wie ein Krimi, aber leider Realität.

Weiße Kittel – Dunkle Geschäfte

Dina Michels
Verlag Rowohlt
208 Seiten, 2009,
16,90 €
ISBN 978-3-87134-643-9

Aktuelle Magazine des BFBD

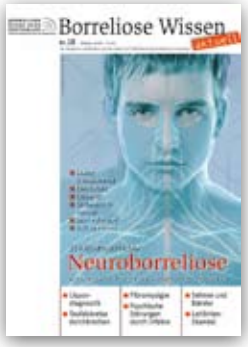


Borreliose Wissen Basis

Diagnostik und Therapie

Aus dem Inhalt:

- Situationsgerechte Labordiagnostik
- Laborverfahren ■ Antikörper
- Symptomvielfalt
- Rekombinante Antigene
- Liquor ■ HLA.DR4/DR1
- Neuropsychiatrische Symptome
- Hashimoto ■ Fehldiagnosen
- Erhebungsbogen Borreliose
- Antibiotische Behandlung
- Hyperthermie
- Stadiengerechte Medikamentenauswahl
- Therapieschemata (3 Stadien)
- Geeignete Antibiotika
- Die Fallon-Studie
- Schmerzen verlernen



Borreliose Wissen aktuell Nr. 18

Schwerpunktthema: Neuroborreliose

Aus dem Inhalt:

- Nicht alles ist Borreliose
- Liquordiagnostik
- Psychische Störungen
- Fibromyalgie
- Neuroborreliose
- Die so genannte Neuroborreliose
- Teufelskreise durchbrechen
- Psychotherapie
- Prophylaxe-Therapie
- Nitrosativer Stress
- Sehnen und Bänder
- Leitlinienskandal
- Unfallversicherungen
- Berufskrankheit

Borreliose Wissen aktuell Nr. 19

Schwerpunktthema: Chronische Borreliose

Aus dem Inhalt:

- Schwermetalle
- Ko-Infektionen
- Borreliose am Auge
- Orthopädische Abklärung
- Therapie
- Therapeutische Apherese
- Minocyclin + Quensyl

Borreliose Wissen aktuell Nr. 20

Schwerpunktthemen: Kinder mit Borreliose, Borreliose und Demenz

Aus dem Inhalt:

- Auge ■ Zähne
- Eine Kinderärztin berichtet
- Schwanger. Stillend.
- Alzheimer-Verdacht
- 99 Prozent Fehldiagnosen
- Virale Ko-Infektionen

Jetzt schon bestellen:

Borreliose Wissen aktuell Nr. 22

Schwerpunktthema: Alternativ-, Komplementär-, Integrativmedizin (Oktober 2010)

Noch erhältlich:

Borreliose Wissen aktuell Nr. 15

Schwerpunktheft Herxheimer

Mitglieder des BFBD erhalten **pro Jahr zwei Magazine** wie immer druckfrisch und **kostenlos** zugeschickt.

Auf unserer Homepage **www.borreliose-bund.de** finden Sie einen Internet-Bestellschein und einen ausdruckbaren Mitgliedsantrag.

Coupon bitte senden per Post (für Fensterkuvert DIN Lang vorbereitet) oder per Fax **06162-1666**

LITERATUR-BESTELLCOUPON

Stück	Stück	Stück	Stück	Stück	Stück
Borreliose Wissen Nr. 15 Schwerpunktheft Herxheimer 4,00 €* je Stück	**Borreliose Wissen Nr. 18** Schwerpunktthema: Neuroborreliose 7,50 €* je Stück	**Borreliose Wissen *Basis*** Diagnostik + Therapie 9,50 €* je Stück	**Borreliose Wissen Nr. 19** Schwerpunktthema: Chronische Borreliose 8,50 €* je Stück	**Borreliose Wissen Nr. 20** Schwerpunktthemen: Demenz, Kinder, Schwangere 7,50 €* je Stück	**Borreliose Wissen Nr. 21** Schwerpunktthema: Borreliose und die Psyche 7,50 €* je Stück

*zuzüglich 2 € Versandkosten – Lieferung per Post mit Rechnung

Borreliose und FSME Bund Deutschland e.V.
Bundesgeschäftsstelle
Postfach 4150

64351 Reinheim

Ich bestelle Literatur (Mitgliedsantrag umseitig)

Vorname **Name**

Straße

PLZ/Ort

Datum **Unterschrift**

Zu guter Letzt...

Polizist mit Berufskrankheit

Ein viel im Wald mit Tier- und Vogelschutz tätiger niederländischer Polizist erlitt dabei eine Borrelieninfektion. Wegen häufiger Krankmeldungen kürzte man ihm das Gehalt um 20 Prozent. Dagegen klagte er und bekam Recht. Sein Chef akzeptierte jedoch die Anerkennung der Berufskrankheit nicht und ging erneut vor Gericht. Das Berufungsgericht Utrecht bestätigte am 29.10.2009 die erste Entscheidung. Für verstärkte Aufmerksamkeit der Medien demonstrierten schwarz gekleidete Mitglieder der Patientenorganisation Nederlandse Vereniging voor Lyme-Patienten mit Plakaten und Spruchbändern vor Gericht.

Krim Kongo-Fieber als Urlaubsmitbringsel

Die von Zecken, aber auch durch Frischfleisch von Schafen und Ziegen sowie durch menschlichen Atem übertragene Viruserkrankung kommt zwar nicht in Deutschland vor, aber in Regionen, in denen Deutsche Reiseveranstalter Urlaub anbieten: Bulgarien, Griechenland, Türkei, Serbien. Krim-Kongo Hämorrhagisches Fieber führt zu erhöhter Blutungsneigung. Die Inkubationszeit beträgt drei bis zwölf Tage. Die Symptome setzen plötzlich ein mit hohem Fieber, Benommenheit, starken Gelenk- und Bauchschmerzen. Typisch seien Gesichtsrötung und -schwellung sowie eine Bindehaut- und Rachenrötung. Es können Blutungen der Haut und Schleimhäute auftreten aber auch innere Organe betroffen sein. Bekannt sind Kreislaufkollaps, Schocksyndrom, Leber-, Nieren- und Kreislaufversagen. Die Prognose hängt sehr von der medizinischen Versorgung ab. In der Türkei starben zwischen Januar und Mai 2009 sieben Personen.

Quelle: Niedersächsisches Landesgesundheitsamt.

Zeckenspeichel tötet Krebszellen

Auf die Frage, wozu eigentlich Zecken nützlich seien, scheint es jetzt eine Antwort zu geben. Biomediziner des Institutio Butantan, Sao Paulo bewiesen, dass man mit Zeckenspeichel Krebszellen zerstören könne.

Quelle: pressetext.austria

Dienstunfall bei Klassenfahrt

Eine Lehrerin bekam vor dem Verwaltungsgericht Münster Recht, dass der bei einer Klassenfahrt zugezogene Zeckenstich als Dienstunfall eingestuft werden müsse. Die Bezirksregierung hatte dies abgelehnt und wollte auch die Krankheitskosten nicht bezahlen. Richter Michael Labrenz, Vorsitzender Richter am Verwaltungsgericht, führte aus, dass alle Richtlinien zu Anerkennung eines Dienstunfalls gegeben seien. Es handelte sich um ein plötzliches Ereignis. Die Lehrerin zog sich den Zeckenstich zu, während sie ihren Dienst ausübte und Schüler beaufsichtigte. Insofern sei der Zusammenhang zwischen Ausübung ihres Dienstes und dem Zeckenstich gegeben. Die Bezirksregierung war hingegen der Meinung, dass ein Zeckenstich zum allgemeinen Lebensrisiko gehöre.

Az: 4K 217/09. Quelle: Borkener Zeitung

TERMINE

Borreliose und FSME Bund Deutschland e.V.

- **Mitgliederversammlung 2010**
  17./18. April 2010
  Bad Soden-Salmünster

Deutsche Borreliose Gesellschaft e.V.

- **Jahresversammlung 2010**
  28 – 30. Mai 2010
  Bad Herrenalb
- **Jahresversammlung 2011**
  8.– 10.4.2011, Wuppertal

Borreliose SHG Kassel Stadt & Land e.V.

- **10. Kasseler Borreliose-Symposion**
  4. September 2010
  Bürgerhaus Obervellmar

Werden Sie Mitglied. Wir kämpfen auch für Sie.

Ihre Mitgliedschaft im Borreliose und FSME Bund Deutschland e.V. hilft, die Beratung und Aufklärung bundesweit zu fördern und gesundheitspolitisch für sicherere Diagnostik und erfolgversprechendere Therapien einzuwirken.

Mitgliedsbeiträge und Spenden sind steuerlich absetzbar. Der Verein verfolgt ausschließlich und unmittelbar gemeinnützige Ziele. Der von der Mitgliederversammlung festgelegte Jahresbeitrag wird, um Verwaltungskosten zu sparen, einmal jährlich im Februar durch Bankeinzug erhoben. Für das laufende Jahr kann eine Erstabbuchung jederzeit erfolgen. Kündigung ist mit 4-Wochen-Frist jederzeit möglich. Die Einzugsermächtigung kann jederzeit widerrufen werden. **Mitglieder erhalten die Zeitschrift Borreliose Wissen kostenlos, eine kostenlose VdK-Erstberatung sowie Beratung auch außerhalb der festen Beratungszeiten.**

Beitrags- und Spendenkonto: Konto-Nr. 1275 123 345 · Hamburger Sparkasse BLZ 200 505 50 · IBAN: DE53 2005 0550 1275 1233 45 · BIC: HASPDEHHXXX

MITGLIEDSANTRAG

☐ Ich beantrage **Einzel**-Mitgliedschaft im BFBD.
Jahresbeitrag _____ (Mindestbeitrag 48 €)

☐ Ich beantrage **ermäßigte*** Einzel-Mitgliedschaft.
Jahresbeitrag _____ (Mindestbeitrag 24 €)

***Bitte Bescheid für Hartz4 oder Rente beilegen.**

☐ Wir beantragen **Partner**-Mitgliedschaft
(Erwachsene mit gleicher Adresse)
Jahresbeitrag je Person _____ (Mindestbeitrag je 30 €)

Borreliose und FSME Bund Deutschland e.V.
Postfach 4150

64351 Reinheim

Vorname(n) Name(n)

Beruf (Angabe freiwillig)

Straße

PLZ/Ort

Telefon Fax

E-Mail

Konto-Nr. BLZ

Bank

Datum **Unterschrift**

Ich bin einverstanden, dass diese Daten ausschließlich zur satzungsgemäßen Vereinsführung gespeichert werden.

Senden diesen Antrag einfach per Post oder per Fax an 06162-1666